CONTRIBUTIONS

À

LA STATISTIQUE DE LA LITHOTRITIE.

ESSAI D'APPRÉCIATION DE LA VALEUR PRATIQUE

DE CETTE MÉTHODE,

BASÉ SUR UNE EXPÉRIENCE DE 16 ANS

(1840—1855).

PAR

OL.-AUGUSTE SWALIN,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

TRADUCTION REVUE ET APPROUVÉE PAR L'AUTEUR

STOCKHOLM.

IMPRIMERIE DE J. & A. RIIS, 1858.

LE DOCTEUR OLOF-AUGUSTE SWALIN,

né le 7 février 1808.

mort le 9 octobre 1857.

(Esquisse biographique).

Un jour d'été de l'année dernière, le traducteur vit arriver chez lui le docteur O.-A. Swalin, gravement attaqué par la maladie qui le conduisit quelques mois plus tard au tombeau. L'état général de faiblesse et d'émaciation de cet homme de l'art, les teintes violettes de ses joues, tout faisait prévoir une issue fatale; mais l'oeil avait conservé sa vigueur, l'esprit sa puissance, et l'ame son élasticité.

D'après le conseil de quelques médecins étrangers et de ses collégues suédois, il voulait faire traduire et imprimer en langue française la brochure sur l'opération lithontriptique, offerte aujourd'hui à un cercle plus étendu de lecteurs.

Il avait hâte de voir cet ouvrage terminé; on eût dit que la voix sinistre de la mort l'excitait à se presser, car la somme de ses jours allait bientôt être comblée.

A peine eut-il revu et corrigé la dernière feuille du manuscrit, qu'il s'éteignit tranquillement dans les bras d'une épouse éplorée et d'un fils en bas âge.

Sa perte fut profondément ressentie, non-seulement par sa famille, par ses collégues et ses nombreux amis, mais encore par tous ceux qui, de loin ou de près, avaient eu le bonheur de le connaître et de l'apprécier.

Nous sommes assuré que quelques détails biographiques sur cet homme si digne de l'estime générale, seront lus avec intérêt, même en dehors de la Suède (1).

Olof-Auguste Swalin nâquit le 7 février 1808 dans le domaine de Tjolöholm, paroisse de Fjärås, diocèse de Gothembourg. Il était fils de Jean Swalin, agriculteur, et de Brigitte-Christine, née Sandahl, sa femme.

Après des études préliminaires au Gymnase de Gothembourg, il devint étudiant à l'Université d'Upsal en 1825. et licencié en médecine et docteur en chirurgie en 1833. Il occupait le 2:ème rang dans la promotion de docteurs en médecine qui eut lieu en 1835. Nommé déjà en janvier 1834 sous-chirurgien à l'Hôpital des Séraphins, il devint, le 22 juillet 1835, aide-major-chirurgien provisoire, et, le 20 janvier 1842, aide-major-chirurgien titulaire de la Marine Royale, station de Stockholm. Il était depuis 1839 médecin en chef de l'Hôpital provisoire de Stockholm, et fut nommé, en 1844. second chirurgien en chef de l'Hôpital des Séraphins. Il fit un voyage scientifique à l'étranger, de septembre 1838 au mois d'octobre 1839, en partie aux frais du gouvernement.

Swalin a été marié deux fois: la première, le 8 juin 1837, avec Augusta Haeggh, morte en 1841, et la seconde.

(1) N'ayant fait la connaissance personnelle de M. le Dr Swalin que quelques mois avant sa mort, nous empruntons les faits dont se compose cette biographie à une courte notice insérée dans le *Post och Inrikes Tidning* du 10 octobre 1857, et à un nécrologe assez détaillé qui se trouve dans le *Svenska Tidning* du 14 octobre, même année. Mr le Dr F. Tholander de cette ville, ami intime du défunt, a eu l'obligeance de communiquer sur M. Swalin quelques détails omis dans les notices citées plus haut. Nous profitons de cette dernière circonstance pour remercier M. le Dr Tholander de la peine qu'il a en outre bien voulu se donner, de revoir tant le manuscrit que les épreuves.

Les personnes qui désireront des détails biographiques ultérieurs sur le Dr Swalin, les trouveront dans les ouvrages suivants:

Sacklén: Sveriges Läkarehistoria. Supplément, pp. 499 et 660. Le même ouvrage, nouveau supplément publié par A.-H. Wistrand, p. 361.

Callisen, Medicinisches Schriftsteller-Lexicon, Vol. 32, p. 484.

Svenskt Konversations-Lexikon, Stockholm 1848, 3:ème partie, p. 791.

le 4 février 1843, avec Sophie-Lavinie Östberg. Il eut de ce dernier mariage deux enfants: Joseph-Auguste, né en 1843, mort en 1844; Guillaume, encore vivant, né le 10 décembre 1851. On a vu plus haut que Swalin est mort le 9 octobre 1857.

Ajoutons maintenant à cette esquisse rapide de la vie intime et scientifique du docteur Swalin, quelques détails sur le caractère, les goûts et la vie morale de cet homme distingué.

Swalin montra de bonne heure, et d'une manière marquante, son aptitude pour la chirurgie. N'étant pas encore candidat en médecine, et ayant à peine 23 ans, il opéra un jour, dans une pauvre chaumière de paysan, sans l'assistance d'un homme de l'art, et avec l'aide d'une vieille femme effrayée, la ligature d'une artère importante sur un campagnard qui allait périr. L'opération réussit parfaitement.

Doué par la nature d'un esprit clair et juste, d'un jugement sain et puissant, ainsi que d'une prompte conception, il sut. par ses études et ses travaux, développer tellement ces qualités, que quoique ne possédant pas ce qu'on appelle du génie, il conserva durant le cours entier de son activité pratique, la réputation méritée qu'il avait acquise. Comprenant de bonne heure l'imperfection de la pathologie et souvent trompé dans ses espérances sur l'effet des médicaments, il abandonna peu à peu une branche de la médecine qui exigeait suivant lui, pour se plier aux préjugés des hommes, une certaine souplesse en opposition avec son caractère franc et loyal. Aussi finit-il par se vouer presque exclusivement à la chirurgie. Cependant il continua à traiter, comme médecin en chef de l'Hôpital provisoire, les maladies internes telles que petite-vérole, choléra, fièvres typhoïdes, affections vénériennes, etc., et conserva, même jusqu'aux dernières an-

nées, quelques-uns de ses engagements comme médecin de famille.

Swalin fut habile et heureux dans toutes les branches de la chirurgie; ainsi on le vit attaquer avec un égal succès la cataracte, les hernies et les opérations plastiques de tout genre. Chacun reconnaissait sa force à ces différents égards. Il choisit cependant, les 15 dernières années environ, les maladies des voies urinaires pour sa spécialité.

Il se distingua bientôt, toutefois, par sa pratique de la lithotritie, dans laquelle il n'a été jusqu'ici surpassé par personne en Suède. C'est à cette circonstance que l'on doit la brochure dont nous publions aujourd'hui la traduction, et qui, un chef-d'oeuvre du genre au dire des experts, montre qu'il aurait pu se faire un nom comme auteur, si sa modestie ne l'avait empêché d'apprécier ses propres mérites à cet égard.

Swalin n'a donc pas écrit beaucoup, mais il a travaillé d'autant plus. Cependant nous mentionnerons encore un ouvrage de sa main:

A la demande de la Société de Médecine de Stockholm, il fit un glossaire des mots et termes de chirurgie en usage dans la langue suédoise. Cette contribution au dictionnaire futur de l'Académie Suédoise, fut remise à ce corps en 1847, et Swalin en reçut peu de temps après une lettre de remercîment très-flatteuse.

La confiance et l'estime de ses collègues avaient appelé en 1845 Swalin à la présidence de la Société de Médecine. Il déclina toutefois cet honneur par des raisons particulières et plausibles.

Doué dans sa jeunesse d'une voix peu commune qui a laissé bien des souvenirs agréables chez ceux qui l'ont entendue, il était fort recherché dans tous les cercles possibles, tant à cause de ce don naturel que de son caractère aimable et franc. Cependant, dès qu'il eut commencé à se

vouer entièrement à la profession médicale, il sentit que le génie du chant ne se trouvait pas à l'aise dans le voisinage des souffrances et de la mort. Il crut que l'entraînement qu'il ressentait pour ce délassement chéri, détournerait ses pensées de la grande tâche humanitaire à laquelle il avait désormais donné toutes ses forces. Cette idée suffit à sa volonté de fer. Le chant se tut! Le sacrifice qu'il faisait sera compris seulement de ceux qui ont été sous le charme des sons argentins de sa voix. Voilà comme était Swalin! Ferme, inébranlable et sévère dans ses principes, allant parfois jusqu'à l'obstination, rien ne pouvait l'engager à se détourner du chemin qu'il croyait être le seul vrai. Ce qui pour d'autres touchait au sacrifice lui était facile. Il avait les lois de l'honneur et les exigences du devoir trop profondément empreintes dans son noble coeur pour qu'il hésitât un seul instant dans le choix qu'il avait à faire.

Parvenu à un état, nous ne dirons pas de richesse, mais d'aisance, cet homme froid et impassible au moment de l'opération chirurgique, ne pouvait jamais résister aux incitations de son coeur prompt à aider et à soulager ses semblables dans le besoin ou la souffrance. On était presque sûr de rencontrer toujours sur les listes de souscriptions publiques, la signature O.-A. S. La reconnaissance envers un maître estimé et chéri, le poussa à organiser et à conduire à bonne fin une souscription pour ce maître plongé dans des soucis économiques. La compassion et l'amitié lui firent exécuter une autre oeuvre du même genre au profit d'un collégue frappé par la maladie et le besoin.

Tel fut Olof-Auguste Swalin. Chirurgien habile et estimé, homme d'une trempe et d'une solidité au-dessus de l'ordinaire; ami généreux, époux et père heureux et tendre, il possédait tout: estime publique, amitié de ses collégues, amour et bonheur domestiques, aisance propre à

lui faire jouir doucement de la vie et à lui donner le bonheur plus doux encore de secourir l'affliction et la misère; il n'avait qu'un défaut, cette fragilité, dont parle Bossuet, laquelle s'attache à toutes les choses humaines, déjoue les plans les plus habiles, et met fin à la vie la plus illustre.

Depuis plusieurs années s'étaient montrés les premiers symptomes de la maladie qui coupa le fil de ses jours. Longtemps il la combattit, et, les forces déjà défaillantes, il soignait encore avec un zèle non diminué sa pratique publique et particulière, jusqu'à ce qu'enfin il fut vaincu et jeté sur le lit de douleur d'où son ame épurée s'envola vers le ciel.

Swalin n'est plus! le corps est retourné à la poudre, et l'âme à l'immortalité; mais il vit encore ici-bas dans le souvenir de tous ceux qui l'ont aimé, qui l'ont connu; et la Médecine Suédoise peut inscrire avec orgueil dans ses annales une illustration de plus, le nom *d'Olof-Auguste Swalin.*

Stockholm, le 15 Mai 1858.

ERRATA.

P. 30 l. 18	*lisez:*	réussis.
„ 33 l. 29—30	*ôtez:*	faire place a.
„ 42 l. 1	*lisez:*	jours.
„ 49 l. 5	„	rapprochement
„ 52 l. 3	„	du pouce et de
„ 76 l. 17	„	au et non ou.

„If Conservative Surgery be a desideratum, if preservation not only of a part, but of the whole machine, which is equivalent to life, be the object and the necessary issue of scientific inquiry into the best means of alleviatiug disease, we may class the operation of Lithotrity among the most valuable ressources of modern Surgery."

FREDERIC C. SKEY.
(On the relative merit of the two Operations for stone. London 1854.)

Je reçus en 1846 par l'intermédiaire de la Légation de France à Stockholm, une circulaire sur les affections calculeuses envoyée à cette époque dans la plupart des pays de l'Europe par M. Civiale de Paris aux chirurgiens s'occupant de l'opération de la pierre. Après avoir répondu à la circulaire, je résolus de continuer désormais et de compléter mes annotations sur le même sujet. C'est ce que j'ai fait, moins, il faut l'avouer, dans l'espérance de fournir des documents d'une valeur numérique satisfaisante, les cas d'affection calculeuse étant pour cela trop rares chez nous, que dans le but de rassembler des faits dont l'étude et l'analyse pourront servir de guides à ceux de mes jeunes collégues qui s'occupent de lithotritie.

Le but (1) de la circulaire de M. Civale était de rassembler autant que possible de toute l'Europe, des ma-

(1) — — — — "déterminer la fréquence de l'affection calculeuse, eu égard au climat, à l'âge, au sexe, aux professions, et apprécier la valeur des méthodes curatives;" — — — — ainsi que constater "les causes de cette maladie, les conséquences de l'opération, les récidives, les résultats cliniques, les causes de la mort chez les opérés." — —

tériaux pour la grande statistique des affections calculeuses dont il était alors occupé.

Le contingent de faits relatifs à la Suède que je pus lui faire tenir en 1846, n'était pas grand, et ne montait qu'à 20 cas, constituant le nombre total des sujets que j'avais eus à soigner.

Dix ans se sont écoulés, durant lesquels j'ai pris note de tout ce qu'il pouvait y avoir d'important dans les cas d'affections calculeuses traités par moi, et dont le nombre s'élève maintenant à 61. Ce chiffre n'est sans doute pas non plus assez grand pour que l'on en puisse tirer des conclusions générales importantes au point de vue de la statistique médicale; toutefois je n'hésite pas à communiquer mes annotations, dans la supposition que plusieurs des cas relatés ne manqueront pas d'intérêt, pour ceux, surtout, qui s'occupent plus spécialement des maladies des voies urinaires.

Le nombre susdit de calculeux, lequel durant une pratique de 16 ans, et pour un médecin de la capitale, ne peut être considéré comme grand, amènera peut-être à la conclusion que la pierre n'est pas chez nous une maladie commune, ou qu'elle y est du moins infiniment plus rare que dans les pays méridionaux (1). Si d'un côté cette conclusion doit être regardée comme assez juste, on ne peut nier, de l'autre, que le résultat ci-dessus ne se trouve en pleine contradiction avec les auteurs qui, dans une ignorance

(1) Notre célèbre chirurgien *Olof Acrel*, écrit sans doute dans les *Chirurgiska Händelser*, Stockholm 1775, page 391: — "Le calcul n'est pas aussi commun en Suède que dans les pays méridionaux; c'est pourquoi je n'ai eu à traiter que 22 cas de lithotomie dans un laps de 28 ans." Mais je soupçonne que la seule méthode alors connue faisait que bien des calculeux gardaient leur pierre ou du moins n'en parlaient à leur médecin qu'à la dernière extrémité.

totale de notre Nord, assurent que les hyperboréens sont tout-à-fait exempts d'une telle maladie (1).

A l'égard des régions diverses de la Suède d'où les sujets me sont venus, leur contingent a été comme suit:

Ville de	Stockholm	25.	
Provinces:	Upland	2,	
	Sudermanie	1,	
	Ostrogothie	9,	
	Vestrogothie	3,	
	Smaland	4,	
	Néricie	4,	
	Dalécarlie	3,	
	Vermland	1,	
	Gestricie	2,	
	Helsingland	1,	
	Jemtland	1,	
	Vestrobothnie	1	57.
Plus: venus de Finlande (Russie)			4.
		Total	61.

Si nous cherchons une réponse à la question suivante: „*Quelles professions paraissent le plus sujettes à la pierre?*", les cas sus-nommés nous fournissent, dans un accord complet avec l'expérience obtenue jusqu'ici, l'indication qu'une vie sédentaire ou du moins peu active parait augmenter la

(1) "La gravelle se voit à peine dans les pays très-froids, tels que la Russie et la Suède."

Ségalas, Essai sur la gravelle et la pierre. Paris 1839, pag. 11. Quant à la Russie, on sait fort bien que la pierre n'y est rien moins que rare, principalement dans les environs de Moscou.

prédisposition à cette maladie. Le tableau ci-dessous, montre que parmi les sujets soumis à mon traitement,

21 étaient employés civils,
5 „ militaires (la plupart retraités),
8 „ agriculteurs,
5 „ commerçants,
4 „ ecclésiastiques,
3 „ ouvriers,
1 „ médecin,
1 „ capitaine de commerce,
1 „ enfant de l'Hospice des Orphelins,
2 „ femmes mariées.

La disposition héréditaire n'a pu être constatée que rarement; peu de sujets ont, à des questions plus spéciales, pu se souvenir qu'un membre de leur famille eût eu la pierre. (Voir le cas N:o 13, où le sujet rapporte que son frère est mort de cette maladie. Les malades N:o 22 et 50 étaient frères et n'ont eu besoin chacun que d'une séance pour être délivrés de leur calcul).

Je diviserai en 3 Classes ces 61 cas, parmi lesquels, chose assez curieuse, il ne se trouve que 2 femmes.

La 1:ère Classe renfermera les sujets qui pour une cause quelconque n'ont pas été opérés.

La 2:de contiendra les sujets opérés par la Lithotomie; et

La 3:ème, ceux opérés par la Lithotritie.

La Première Classe se compose de 8 sujets, dont

2 se trouvaient entre 50--60 ans,
3 „ „ 60--70,
1 „ „ 70--80,
2 „ „ 80--90.

Six d'entre eux étaient si affaiblis par l'âge et les souffrances, qu'aucune opération ne pouvait raisonnablement avoir lieu; les 2 autres, (le Baron de *W.* âgé de plus de 84 ans, et le Baron de *Br.*, de plus de 83 ans), refusèrent de se soumettre à un traitement chirurgical quelconque.

La Seconde Classe ne compte que 4 personnes, dont 2 femmes, un homme et un garçon. Voici leur âge:

1 entre 10--20 ans,
1 „ 30--40,
1 „ 40--50,
1 „ 50--60.

A la Troisième Classe appartiennent enfin les 49 restants, tous traités par la lithotritie. (Pour leur âge, voir plus loin).

1ÈRE CLASSE.

Sujets qui, pour une cause quelconque, n'ont pas subi d'opération.

1:o. M. Lindberg, Vice-Président, 56 ans, Jönköping (1) (Småland). A, d'après sa propre déclaration, souffert durant 6 ans de douleurs calculeuses, qu'il prenait, ainsi que son médecin, pour des hémorrhoïdes, ce qui flt qu'aucun cathétérisme explorateur n'eut lieu. Arrive à Stockholm en 1843 dans un état prononcé de phthisie;

(1) Comme je conserve partout l'orthographe suédoise pour les noms propres sans équivalents en français, je crois nécessaire d'indiquer que:
a surmonté d'un petit o (å). se prononce *ô*: *ä*, comme *ai* dans aimable, et *ö* comme *eu*.

Le Traducteur,
J.-H. Kramer.

retourne par conséquent dans sa province sans avoir été opéré, et meurt quelque temps après. La pierre, retirée lors de l'autopsie et à moi envoyée, se composait d'une épaisse couche extérieure de phosphate ammoniaco-magnésien, et d'un noyau d'acide urique pur.

2:o. M. le Lieutenant-Colonel Brandel, 57 ans, domicile Stockholm. Ressentait des douleurs calculeuses depuis 5 ans. Souffrait de paralysie de la vessie, provenant d'une affection de la moëlle épinière. Mourut, sans opération, par suite de grandes ulcérations à la vessie, lesquelles communiquaient à un abcès de la grosseur du poing, situé dans le tissu cellulaire entre la vessie et la paroi abdominale correspondant au pubis. La pierre se composait de phosphates.

3:o. Mr le Baron de Wahrendorff, 84 ans, Sudermanie, fut sondé par moi en 1843; je découvris alors avec facilité une pierre très-dure; toutefois le sujet jouissant, malgré son grand âge, d'une vigueur extraordinaire, laquelle lui permettait d'aller non-seulement à pied et en voiture, mais encore à cheval, sans souffrance aucune, et n'étant que de temps à autre tourmenté de besoins fréquents d'uriner, je lui conseillai de ne pas penser à une opération. Il ne se le fit pas dire deux fois. Après 10 ans de symptomes calculeux, le sujet mourut en 1848, âgé de 89 ans. A ma demande, Mr le Dr Klintberg retira la pierre, qui pesait *une once* et *sept gros*. Elle se trouva, lors de l'autopsie, détachée dans la vessie contractée et épaissie; mais elle portait les marques les plus évidentes d'un enchatonnement presque total, car sur toute la circonférence du tiers inférieur se montrait un large sillon, preuve certaine que la pierre avait été serrée comme

par une corde par la vessie contractée. De là probablement la cause du peu de douleur ressenti par le sujet. Il ne souffrit jamais non plus, les dernières années, de symptomes inflammatoires à la vessie, mais mourut d'asthme occasionné par l'ossification des valvules du coeur. La pierre consistait d'acide urique pur.

4:o. Mr le Baron de Brinkman, 83 ans, domicile Stockholm, fut sondé en 1843, et se trouva affecté de calcul. L'urine était complètement claire, et, à l'exception d'un besoin fréquent d'uriner, le sujet n'était que peu gêné de sa pierre, ce qui fit qu'il ne consentit pas à l'opération. Mourut de vieillesse la veille de Noël 1847. L'autopsie fit voir 5 pierres de la grosseur d'une noisette, toutes d'acide urique pur, avec traces d'oxalate de chaux (Dr Hamberg).

5:o. Mr le Bourgmestre Cederborg, 66 ans, de Söderköping (Ostrogothie), se décida, après avoir été sondé en automne 1845, à revenir le printemps suivant subir l'opération; toutefois, au lieu de le faire, il préféra se confier à un sacristain, qui lui promit de le guérir au moyen d'une décoction dissolvante. La lithotritie fut ensuite essayée, mais sans succès, par M. le Dr Säve. L'état du sujet empira, et il mourut de phthisie en 1849.

6:o. Mr Kindberg, propriétaire de forges, 62 ans, de la province de Wermland, avait aussi durant 6 ans été traité pour *hémorrhoïdes;* mais une exploration qui eut lieu en 1847, découvrit dans la vessie une pierre avec diamètre de 23 lignes de Paris. L'introduction du percuteur provoqua une hémorrhagie considérable, provenant suivant toute probabilité d'un gonflement de la muqueuse vésicale, occasionné par la grandeur de la pierre. Vint ensuite une

irritation violente de la vessie, puis une nouvelle hémorrhagie, avec complication d'urine glaireuse et de fièvre qui dura 15 jours. Dès que le sujet fut suffisamment rétabli, je lui conseillai de retourner chez lui, vu que la débilité de sa santé et la grandeur de la pierre ne me parurent permettre ni lithotritie ni lithotomie. Il vécut encore plusieurs années avec ses douleurs.

7:o. Mr le Major Fries, domicile Stockholm, âgé de 72 ans, ne voulut jamais se laisser sonder, quoiqu'il eût, durant plusieurs années, éprouvé des difficultés d'uriner. Lorsqu'enfin, en 1847, il se soumit à l'exploration, je sentis une pierre de la grosseur d'un oeuf de pigeon. Comme toutefois il était très-nerveux et souffrait d'un tremblement continuel aux extrémités, et les douleurs calculeuses étant au reste peu considérables, aucune opération n'eut lieu. Mourut en 1848 de dilatation du coeur et d'ossification des valvules. La pierre, d'une dureté peu commune, consistait d'acide urique, et la face de sa section montrait 5 lignes rayonnant du centre et rappelant la capsule d'un fruit à pépins.

8:o. M. Krook, capitaine de commerce, domicile Gefle (Suède Septentrionale), souffrait (lui aussi!) depuis plusieurs années, »d'hémorrhoïdes«, au dire des médecins. Mort en 1847, âgé de 68 ans. On trouva à l'autopsie une pierre de la forme et de la grandeur d'une muscade dans une sinuosité de la vessie. Cette pierre, qui me fut envoyée par son médecin, consistait d'acide urique pur et était si dure, que certainement on n'aurait pu la broyer qu'à grand'peine. Si elle avait été découverte du vivant du sujet, la seule opération à choisir eût été la lithotomie.

Un certain nombre des cas sus-mentionnés, ainsi que plusieurs des suivants, montrent clairement que ce n'est pas toujours la faute des malades, si leur maladie prend tellement le dessus que la guérison devient impossible. On ne peut malheureusement pas en dire toujours de même du médecin, qui ne s'est pas assuré de la vraie nature du mal par un cathétérisme fait à temps; au lieu de cela, il se trompe lui-même, trompe le patient durant des années par une fausse espérance de guérison, jusqu'à ce qu'enfin le mal a atteint un tel développement qu'il défie médecins et méthodes.

Quoique les cas où j'ai eu l'occasion de pratiquer la *lithotomie* aient été peu nombreux, et que par conséquent l'on ne puisse pas en tirer de résultats généraux, je veux pourtant les rapporter ici, pour rendre ces annotations d'autant plus complètes.

2ME CLASSE.

Sujets opérés par la Lithotomie.

9:o. Zinn, élève-perruquier, 18 ans, domicile Stockholm. Avait à l'âge de 9 ans été heureusement opéré de la pierre, au moyen de la taille *recto-vésicale*, par M. le Directeur-Général d'Ekströmer; mais ayant eu une récidive en 1844, il en fut délivré par moi grace à l'emploi de la même méthode. Il conserva toutefois une fistule urinaire dont la guérison exigea plusieurs mois. La lithotritie fut essayée avant de procéder à la lithotomie, mais l'irritabilité de l'urètre empêcha le premier mode d'opération. Le chloroforme n'était pas encore en usage.

10:o. Mme Rossbach, 42 ans, domicile Stockholm. Après 3 ans de douleurs calculeuses, elle eut enfin recours à l'art; mais à l'exploration la vessie fut trouvée étroite à rendre la lithotritie totalement impossible. Opérée pour cette cause en 1844 par la lithotomie (l'incision du méat urinaire fut faite verticalement); 3 pierres, chacune de la grosseur d'une noix, et consistant d'acide urique, furent retirées. La malade guérit, mais garda malheureusement (comme nous le voyons fort souvent du reste), une incontinence d'urine constante, incurable.

11:o. Mme Petander, 33 ans, de l'île d'Åland (Finlande). Avait reçu, ensuite de couches très-pénibles, une fistule vésico-vaginale suivie de symptomes calculeux. Opérée en 1844 de la même manière que la malade précédente: la section eut lieu, avec l'ouverture fistulaire située près du méat urinaire pour point de départ, jusqu'à et à travers l'orifice de ce conduit; la pierre, consistant d'acide urique, fut enlevée; la malade guérit, mais resta affligée d'une incontinence d'urine incurable. Un autre médecin tenta l'année suivante, mais sans succès, une opération pour chercher à guérir l'ouverture fistulaire qui s'était agrandie.

12:o. Grande pierre enlevée par la lithotomie sus-pubienne: issue fatale. (Voir le Journal Médical Suédois *Hygiea*, Déc. 1846, page 791).

Mr Svedelius, pasteur de Mora (Dalécarlie), 61 ans, stature vigoureuse, corpulence assez considérable, santé constante, constitution endurcie par de grands travaux. Il avait durant plusieurs années soigné sa paroisse, sans ressentir, même au milieu des fatigues inséparables de ses fonctions, la moindre trace de maladie dans les voies uri-

naires. Député aux Etats-Généraux de 1840, et amené alors à suivre une diète plus haute que de coutume, il aperçut un jour, après un mouvement violent, que du sang sortait avec l'urine. N'étant rien moins que douillet, et n'ayant pas l'habitude de se dorloter, il considéra le tout comme dénué d'importance; mais des douleurs commençant à accompagner l'évacuation de l'urine, il crut désormais nécessaire de consulter un médecin. Celui-ci, sans y attacher non plus une grande importance, crut à des hémorrhoïdes, et prescrivit les remèdes d'usage.

Plusieurs années s'écoulèrent pendant lesquelles les mêmes douleurs reparurent par intervalles; elles n'étaient pas toutefois assez intenses pour effrayer cet homme de fer et n'amenèrent ni lui, ni les médecins de la localité, à soupçonner la présence d'une affection sérieuse de la vessie: il ne fut donc jamais question de cathétérisme explorateur.

En avril 1846, une fonction publique importante ayant rappelé Mr Svedelius à Stockholm, il y vint accompagné de sa femme malade. Il dit par hasard au médecin de son épouse, Mr le Dr M.-C. Retzius, que lui-même il ne se trouvait pas très-bien, qu'il souffrait parfois d'écoulement de sang, ainsi que de douleurs lors de la miction. Cette fois-ci, il avait enfin trouvé un homme de l'art, qui, seul parmi ceux consultés jusqu'ici, vit la gravité de ces symptomes. Mr R. lui fit comprendre la nécessité absolue de ne plus temporiser, mais de se soumettre au plus vite à une exploration tendante à découvrir le vrai genre et l'état du mal. Cédant plutôt à la persuasion qu'à l'intensité de ses douleurs, le sujet consentit enfin, et à l'examen fait par Mr Retzius, une pierre fut immédiatement

découverte. A une seconde tentative faite par moi quelques jours après à la demande de Mr Retzius, la sonde rencontra immédiatement en dedans du col de la vessie une pierre suivant toute apparence grande et dure; ayant réussi quelques jours plus tard à la saisir avec le percuteur, celui-ci indiqua un diamètre de 22 lignes de Paris.

La grandeur considérable de cette pierre nous engagea, Mr Retzius et moi, à demander une consultation à Mr d'Ekströmer. Il se présentait immédiatement ici la question de savoir si la lithotritie était à conseiller, ou si l'on ne devait pas y préférer absolument la lithotomie. Mr d'Ekströmer exprima au commencement des doutes sur l'opportunité de la lithotritie, mais convint qu'elle pouvait être essayée, vu la capacité suffisante de la vessie, la condition parfaitement saine de l'urine, et l'état au reste satisfaisant du sujet. Quelques jours plus tard, l'on fit donc une injection d'eau; la vessie put avec peine en contenir 3 onces; le percuteur fut introduit, mais impossible de saisir la pierre cette fois-ci.

Le même cas se répéta trois jours après, et une exploration scrupuleuse me fit découvrir, à mon grand chagrin, que la pierre n'était pas libre, et qu'autant que je le pouvais sentir, elle était enchatonnée dans la paroi droite de la vessie. Après cette opération assez longue et accompagnée de douleurs considérables, l'état général du sujet commença à empirer, l'abattement et une fièvre légère se manifestèrent, l'urine devint glaireuse, et, contre l'ordinaire chez lui, le besoin d'uriner augmenta de fréquence. En présence d'un tel état de choses, nous reconnûmes le mal à propos de continuer nos tentatives de lithotritie.

Nous résolûmes dès-lors de laisser le sujet dans un repos entier jusqu'à ce que les forces eussent reparu, et que l'affection locale de la vessie se fût abattue. Il fallut attendre pour cela une quinzaine de jours. A une nouvelle consultation, la lithotomie fut considérée comme la dernière ressource, et l'opération fixée au jour suivant, 9 Juin, à 8 h. du matin. La seule méthode employable, vu la grandeur de la pierre, était naturellement la taille hypogastrique, à laquelle je procédai assisté de MM. les Drs d'Ekströmer, M.-C. Retzius, Malmsten, V. Lundberg et Liljewalch.

Après une légère injection préalable d'eau tiède pour diluer l'urine et rincer la vessie, mais non pour la tendre, il fut fait dans la direction de la ligne médiane une incision cutanée de 4 pouces de longueur. A la section de la masse adipeuse sous-cutanée assez épaisse, 3 ou 4 petites artères donnèrent une assez grande quantité de sang, ce qui nous força d'en faire immédiatement la ligature. Dès que j'eus, avec un bistouri droit, et en tenant le dos de l'instrument aussi près que possible de la symphyse pubienne, pratiqué dans l'aponévrose une ouverture suffisante pour l'introduction du doigt, je fis, en m'aidant de l'aponévrotome de *Belmas* et d'un bistouri boutonné ordinaire, une incision d'environ 2 pouces, très-lentement, et sans que le péritoine en fût le moins du monde lésé. La sonde à dard fut introduite par l'urètre; la vessie ayant été ponctuée au moyen de cet instrument, je fis dans le corps de la vessie, en me guidant de la cannelure du dard, une petite incision qu'à l'aide du bistouri recourbé de Pott je prolongeai ensuite vers le col à une longueur d'environ

1 $^1/_2$ pouce. Immédiatement après l'ouverture de la vessie il se présenta une hémorrhagie assez considérable de sang artériel dont la présence empêcha et ralentit grandement l'opération. Cette hémorrhagie, qui paraissait être parenchymateuse et provenait probablement des vaisseaux coupés de l'épaisse paroi cystique, ne pouvant être arrêtée par de l'eau fraîche, j'introduisis sans plus attendre l'index de la main gauche dans la direction de la pierre, que j'essayai de saisir avec une petite pince à polype. Cette opération ne l'ayant toutefois pu faire sortir de sa place, je fus forcé, non sans de grandes douleurs pour le sujet, de passer le doigt sous la pierre, de la soulever, et de la séparer avec le bout du doigt de ses adhérences à la muqueuse, sur qnoi j'introduisis la petite pince à pierre de *Cheselden*. Ce ne fut qu'après plusieurs tentatives infructueuses, durant lesquelles la pince glissait sans cesse, que je réussis à saisir la pierre à un diamètre assez avantageux pour l'amener jusqu'à l'orifice de l'incision. Enfin, après des tractions réitérées par intervalles, celle-ci se dilata peu à peu jusqu'à permettre la sortie du corps étranger. L'hémorrhagie tenace jusqu'ici s'arrêta immédiatement après l'opération, laquelle avait duré $^3/_4$ d'heure et avait été supportée par le sujet avec le calme et la fermeté d'un héros. (1) Pour enlever le sang coagulé qui se trouvait dans la vessie, je

(1) La pierre, entièrement composée de couches concentriques d'acide urique, n'avait pas moins de 30 lignes de Paris de long, 23 de large et 16 d'épaisseur. Elle pesait 4 onces et 1 gros. Une de ses extrémités était, à la sortie, sur environ un peu plus du tiers de la surface, couverte d'une pseudomembrane assez fortement adhérente; cette pseudomembrane était unie à la muqueuse dans le grand pli de la paroi vésicale, où elle avait dû être enchatonnée depuis très-longtemps. Des marques évidentes montraient aussi l'endroit où la pierre avait été serrée par la vessie. Voilà à coup sûr la cause du peu de douleur éprouvé par le sujet, relativement à la grandeur vraiment énorme de la pierre.

fis deux injections d'eau, après quoi j'appliquai dans l'incision extérieure nettoyée, une bandelette de linge demi-frangée, imbibée d'huile d'amandes, puis par-dessus une simple pièce de linge fenêtrée, enduite de cérat, et enfin une charpie abondante. Aucune sonde ne fut placée dans la vessie, ni par l'incision, ni par l'urètre. Le sujet fut porté dans son lit, avec prescription de ne consommer que des potages légers et de l'eau de Seltz. Toute la journée s'écoula dans le plus grand calme : pas la moindre trace de souffrances générales ni locales. L'urine, toujours légèrement mêlée de sang, passait par la plaie, de sorte que le bandage devait être changé une fois par heure. Durant la nuit, le sujet jouit sans interruption d'un sommeil bienfaisant, et se trouva le matin suivant de la meilleure humeur possible, sans trace de souffrances. Aucune évacuation alvine n'ayant eu lieu depuis celle due au laxatif léger pris par le patient le matin même de l'opération, il reçut l'après-midi un lavement qui toutefois n'eut pas d'effet.

La nuit du 11 Juin fut bonne aussi, le malade jouit de 3 heures de sommeil. La langue étant un peu chargée, on lui donna 1 $^1/_2$ cuiller à soupe d'huile de ricin, ce qui produisit une évacuation. Je fis par l'urètre, comme le jour précédent, une injection d'eau tiède, pour faciliter l'issue du sang coagulé que je soupçonnais dans la vessie. Pas une goutte d'urine ne sortit par l'urètre; tout coulait par la plaie, qui commençait maintenant à se couvrir d'une pellicule gris-jaunâtre. La mèche placée dans la plaie extérieure fut désormais enlevée. Le soir, le patient se sentit un peu plus faible qu'auparavant, le pouls était aussi légè-

rement accéléré, mais l'état général se trouvait à part cela très-satisfaisant, et le patient calme.

Le 12. Le sommeil bon pendant la nuit; le matin, 2 évacuations; toute l'urine continue à passer par la plaie; injection d'eau tiède comme les deux jours précédents.

Le 13. Pendant la nuit, sommeil aussi bon que les nuits précédentes. Le besoin d'uriner par l'urètre se présente, mais sans résultat. Un peu de suppuration paraît à l'angle supérieur de la plaie. Le soir, le patient croit avoir senti de l'urine passer par l'urètre.

Le 14. Etat bon; les bords de la langue paraissent moins chargés. Un faible bouillon de poule donné à petites quantités.

Le 15. Aucune urine n'ayant commencé à suivre la voie normale, on introduit par l'urètre une petite sonde ouverte aux deux bouts. L'urine commence à en découler.

Le 16. Nuit passablement calme; une partie de l'urine sort par la plaie, une faible quantité seulement par la sonde. L'aspect du patient peu favorable: yeux très-battus; la voix, déjà rauque et faible les 3 jours précédents, l'est encore devenue davantage; pouls plus rapide qu'auparavant; urine sanguinolente; quelques accès de hoquet. Le malade reçoit, comme tonique, une émulsion de quinquina, et du vin du Rhin coupé d'eau. Le soir, affaiblissement augmenté, sans le moindre signe de douleurs locales; mais cette prostration générale et l'urine glaireuse, sanguinolente, me font craindre un commencement d'ulcération à la muqueuse vésicale. La sonde causant trop d'irritation, il faut l'enlever. L'urine sort deux fois librement par l'urètre. Cataplasmes sur la plaie. Le patient dans un assoupisse-

ment presque ininterrompu, mais dit en se réveillant que le sommeil l'a fortifié.

Le 17. Même état qu'hier. L'urine commence à dégager une forte odeur d'ammoniaque; soupçonnant que cela provient en partie du sang maintenant décomposé qui peut encore se trouver dans la vessie, j'y fais de nouvelles injections d'eau tiède, laquelle à la sortie par la plaie se trouve épaisse et sanguinolente. Pendant la journée, une faible quantité d'urine sort par l'urètre. Le malade a envie de lait caillé et en consomme quelque peu. Vu l'état général d'irritation du patient, ainsi que la condition de l'urine, laquelle est alcaline et mêlée de sang, il reçoit de l'acide phosphorique alternant avec une émulsion de quinquina. Il peut manger quelques morceaux de poulet, et reçoit pour boisson du vin de Johannisberg étendu d'eau.

Le 18. Nuit peu tranquille. Le matin, la faiblesse a augmenté; la voix continue à être rauque; le pouls faible, précipité (100 battements par minute), aucun signe de frisson, le hoquet un peu plus fréquent; au reste aucun symptome local inquiétant, l'abdomen sans marque d'endolorissement, la plaie dans un assez bon état de suppuration. L'urine sanguinolente, glaireuse, sort par la plaie; une partie, non chargée de sang, s'écoule par l'urètre. Le quinquina et l'acide phosphorique continués. La plaie est lavée avec une décoction de camomille ordinaire et de la teinture de myrrhe. Le soir, forces très-diminuées.

Le 19. La première moitié de la nuit inquiète; vers le matin, 3 heures d'un sommeil fortifiant; au changement du bandage, j'aperçois dans la plaie une assez grande quantité de sang partiellement coagulé. Je suis forcé de

sonder maintenant avec le petit doigt bien huilé, pour voir d'où le sang vient, et j'aperçois que ce n'est pas de la vessie même, laquelle est petite, contractée, mais non remplie de sang; par contre le tissu cellulaire au-dessus de la vessie, dans le triangle pubo-vésical, paraît mortifié, trahit des incrustations de phosphates, et c'est de cette masse, formant un abcès gangréneux, que le sang coule; j'essaie un tamponnement de charpie imbibée de créosote; pour remède interne je fais prendre de l'acide nitrique et du quinquina. Afin de faciliter l'écoulement de l'urine sanguinolente, le patient doit se tenir constamment couché sur l'un des côtés.

Le 20. Nuit peu tranquille, humeur plus irritable, parfois des hoquets, pouls faible, mais moins rapide (95 battements par minute), voix très-faible, prostration considérable, assoupissements fréquents, durant lesquels les yeux restent ouverts à demi. J'enlève de la plaie plusieurs faisceaux de tissu cellulaire mortifié. L'urine commençant à devenir moins alcaline, je cesse l'emploi de l'acide nitrique, mais je continue le quinquina. Le malade peut consommer un petit morceau de côtelette de veau, et quelques cuillerées de lait caillé.

Le 21. Nuit très-agitée; les forces paraissent se trouver dans une diminution constante; yeux profondément enfoncés, regard immobile, pouls faible, 100 battements par minute, hoquet plus fréquent. La plaie est sèche, l'urine qui s'écoule, mêlée de mucus ichoreux. Tout appétit a disparu. L'après-midi, le malade prend toutefois une glace, qui lui paraît agréable au goût. En outre il reçoit une boisson abondante de vin de Xérès étendu d'eau. Le soir, la langue auparavant chargée d'une matière blanchâtre se

trouve tout-à-fait nettoyée, rouge, douce, humide: elle est, en un mot, complétement à l'état normal; la faiblesse paraît aussi avoir diminué.

Le 22. Nuit un peu plus calme. Au réveil, le malade se trouve sans doute bien faible, mais son regard, quoique encore immobile, présente un mieux léger; la prostration des forces n'est pas aussi grande que le matin du jour précédent. L'injection d'eau par l'urètre fait sortir de la plaie moins de fluide sanguinolent qu'auparavant. Plusieurs faisceaux de tissu gangréné sont enlevés de la profondeur de la plaie, qui est ensuite pansée avec de l'onguent de styrax, puis couverte d'un cataplasme. Le malade a faim et mange un peu de poule. Pour boisson, de vieux vin du Rhin et de l'eau.

Le 23. Etat empiré à tous égards. Le patient est dans un assoupissement presque ininterrompu, mais répond clairement aux questions qu'on lui fait. Le pouls faible, rapide, les extrémités froides. Prescrit: émulsion camphrée, extrait de quinquina, et quelques grains de musc.

Pendant les derniers jours, les hémorrhagies de la plaie deviennent de plus en plus fréquentes, provoquées par le tissu mortifié qui se détache; les forces sont en diminution constante, un délire paisible se présente, et le patient meurt le 28, à 5 h. du matin, par conséquent vers la fin du 19:ème jour après l'opération.

L'autopsie fut faite par moi le jour suivant, en présence de M. le Dr Retzius. La plus grande partie du tissu cellulaire du bassin était mortifiée et changée en une espèce de bouillie sanguinolente; au-dessus de la plaie de la vessie, dans le triangle pubo-vésical, se trouvait un

grand clapier gangréné, point de départ de la formation du pus et de l'infiltration de l'urine dans les parties environnantes. La vessie était petite, ses parois épaissies; la muqueuse, d'un bleu grisâtre, se trouvait presque partout couverte de points noirâtres, indices d'une forte injection; on n'y voyait toutefois aucune trace d'ulcération, pas même à l'endroit où l'on supposait que la pierre avait été enchatonnée, quoique, à ce dernier égard, l'on n'y pût découvrir de poche spéciale. La luette vésicale, grossie par la maladie, s'élevait comme un petit dé contre l'orifice intérieur de l'urètre, et avait ainsi visiblement empêché l'écoulement de l'urine. La prostate saine et de grandeur naturelle.

La plaie produite par l'opération mesurait environ $1\frac{1}{2}$ pouce de longueur, et était gangrénée sur ses lèvres. Le rein gauche petit, mais d'aspect normal, à la section parsemé seulement d'abscès secondaires de la grandeur de petits pois, et remplis d'un pus jaunâtre; le droit hypérémique mais sain du reste.

Le péritoine, complètement intact, était, il est vrai d'une couleur plus foncée qu'à l'ordinaire, sourtout vers le bassin, mais ne montrait aucune trace d'injection bien forte.

Ce doit être bien rare, sans doute, qu'une pierre aussi grande que celle de M. Svedelius puisse être enlevée par une méthode quelconque de lithotomie sans coûter la santé ou la vie du malade. Toutefois l'on ne peut nier qu'ici, au commencement, l'on n'eût le droit de nourrir quelques espérances. Les premiers jours, pendant lesquels les suites ordinaires de l'opération se déclarent communément, s'étaient ici passés dans un calme remarquable sous tous les rapports. Pas la moindre trace de cystite ni de pé-

ritonite. L'infiltration réelle de l'urine, si redoutée dans l'opération sus-pubienne, ne se manifesta pas non plus. Je commençais dès-lors à croire que l'inflammation existante dans les parties contuses par lesquelles la pierre avait passé, et que la suppuration qui s'en suivit, empêcheraient désormais l'urine, qui sortait presque au total par la plaie, de s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire.

Cela n'eut pas lieu, et des symptomes d'abcès gangréneux se manifestèrent, quoiqu'au 8:ème jour seulement. Je suis donc porté à croire qu'il faut chercher la cause de cette issue fatale dans l'hémorrhagie provoquée par l'opération, et qui, par conséquent, fut doublement désastreuse par son influence immédiate et par ses suites: car malgré les fréquentes injections d'eau, une partie du sang coagulé resta dans la plaie au-dessus de la vessie, y empêcha la formation d'une membrane pyogénétique et forma au contraire un dépôt dans lequel l'urine s'imbiba peu à peu.

Dans la taille sus-pubienne, l'hémorrhagie est ce que l'on craint ordinairement le moins, quoique quelques auteurs en citent des cas mortels. Je serais pour mon compte porté à la regarder comme étant d'une importance toute spéciale, vu que dans cette méthode, on ne peut pas, comme dans les autres, constater l'origine de l'hémorrhagie, et par conséquent l'arrêter avec plus ou moins de chance. Dans le cas présent, il est certain que cette hémorrhagie fatale ne provenait pas des petits vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané, car 3 ou 4 d'entre eux furent immédiatement liés lors de l'opération; je crois en outre pouvoir assurer, qu'elle n'avait pas été causée par la lésion d'une veine ou d'une artère à direction anormale. Je

me joindrai plutôt à l'opinion de ceux qui soutiennent que la source principale de l'hémorrhagie se trouve dans les vaisseaux coupés de la paroi vésicale même. *L'hémorrhagie secondaire* fut à coup sûr causée par les vaisseaux qui se trouvaient dans le voisinage des parties gangrénées, et le tamponnement ne pouvait nullement remédier à cet état de choses.

Parmi les instruments proposés pour faire écouler l'urine, tels que sondes ordinaires, sondes aspirantes, etc., aucun, malheureusement, n'est encore suffisant; je fis sans doute l'essai d'une sonde ouverte aux deux bouts, mais l'irritation qui en résulta me força de la retirer au plus vite. *L'infiltration d'urine*, ou, comme on devrait plutôt l'appeler dans le cas présent, *l'imbibition d'urine*, est par conséquent, et continuera probablement à être, le récif contre lequel l'opération sus-pubienne échouera ordinairement.

3ème CLASSE.

Sujets opérés par la Lithotritie.

13. Mr Kihlstedt, assesseur, 62 ans, domicile Stockholm. Tempérament irritable, constitution toutefois vigoureuse, corpulence grande. Il avait, tout en menant une vie sédentaire, tenu une diète forte et nutritive, dans laquelle entrait presque journellement une abondante quantité de bière, et même du *punch* et des *toddys*. Quoique occupé continuellement d'affaires qui lui permettaient rarement l'exercice en plein air, il avait toutefois joui en général d'une santé très-bonne, et s'était parfois seulement ressenti de douleurs hémorrhoïdales presque jamais au reste

assez intenses pour qu'il y prît garde. Ce fut seulement vers le milieu d'avril 1841, que ces douleurs commencèrent à devenir sérieuses, et qu'au lieu d'être restreintes à l'anus comme jusqu'ici, on les crut désormais avoir attaqué la vessie, où elles se manifestaient de temps en temps par de fréquents besoins d'uriner; l'écoulement de l'urine était parfois accompagné de cuissons. Ces symptomes ne se compliquant pas d'une urine glaireuse et étant en général assez peu graves, on essaya, mais sans de bien grands résultats, le soufre et autres anti-hémorrhoïdaux. A la fin d'avril ou au commencement de mai l'urine se montra une ou deux fois mêlée de sang, sans que toutefois d'autres symptomes calculeux se présentassent; l'on continua donc à prendre la maladie pour des hémorrhoïdes, et l'on prescrivit l'eau de Marienbad. Les peines augmentèrent considérablement durant cette cure; les douleurs lors de la miction devinrent constantes, surtout à l'écoulement des dernières gouttes, et le sujet commença à ressentir, dans ses promenades à pied et en voiture, un malaise pénible au périnée et à la région pubienne. L'emploi des eaux minérales empirant à coup sûr l'état du sujet, on dut les cesser après le 11:ème jour; le malade, dont le frère était mort d'affection calculeuse, commença enfin à soupçonner que lui aussi s'en trouvait atteint, et je fus appelé vers le milieu de juillet pour lui sonder la vessie. La première et la seconde exploration ne me firent pas découvrir de pierre, et je me trouvais aussi presque disposé à mettre, comme l'avait fait le médecin ordinaire du patient, ces symptomes sur le compte des hémorrhoïdes; mais enfin, quelques-uns des indices rationels du calcul existant

à n'en pas douter, je crus devoir me tenir sur mes gardes, et conseillai pour essai une promenade en voiture.

Malgré l'emploi d'une voiture à ressorts, le sujet ne put s'en servir que quelques cents pas, et tourmenté de souffrances insupportables, fut forcé de s'en revenir à pied à son logis. Le jour suivant, après injection préalable, je procédai à une nouvelle recherche dans laquelle je sentis distinctement la pierre. Deux autres explorations avec le percuteur courbe me démontrèrent que la grandeur de cette concrétion était d'environ 10 lignes.

Le patient consentit à l'extraction de la pierre par la lithotritie. Il se trouvait à première vue dans les conditions les plus favorables à l'emploi de cette méthode: l'urètre était d une largeur suffisante, la vessie saine, spacieuse, d'une contractilité non diminuée, la pierre de grandeur moyenne, l'urine complétement claire.

A la première séance, laquelle eut lieu le 7 août, je saisis 3 fois la pierre, à 4½, 10 et 4½ lignes. Le sujet fut mis à l'instant dans un bain tiède (1), immédiatement après lequel plusieurs débris sortirent avec l'urine légèrement sanguinolente; le reste s'en alla le jour suivant, avec une évacuation d'urine mêlée d'une forte quantité de mucus épais. La santé du sujet n'ayant souffert en aucune manière, je tentai déjà le 11 août un second essai.

Le 11 Août. La pierre fut saisie à 4½, 8, 4½ lignes; les détritus sortirent avec la plus grande faci-

(1) Dans ce temps-là, on considérait presque comme nécessaire de prendre un bain chaud entier après chaque séance; comme toutefois dans la pratique privée il est souvent difficile de le faire, je m'en suis peu à peu déshabitué, d'autant plus qu'on peut ordinairement s'en passer, et que ces bains peuvent être en grande partie remplacés par des bains de siége tièdes, les seuls que j'emploie désormais au besoin.

lité; toutefois l'urine était assez chargée de sang et de mucus. Enhardi par ce premier succès, je ne tardai que jusqu'au 14.

Le 14, je saisis de même à trois reprises la pierre à 4½, 5 et 4 lignes. Mais soit par la réitération peut-être un peu trop rapprochée des séances, vu l'irritabilité individuelle du malade, soit aussi par une inadvertance accidentelle en manoeuvraut dans la vessie (c'était mon premier essai de ce genre), une violente irritation générale commença le soir même à se manifester à la décharge du gravier; le malade ne dormit pas de toute la nuit, et le besoin d'uriner devint fréquent à reparaître presque toutes les 5 minutes; les débris sortaient sans doute, mais avec une cuisson insupportable; l'urine, qui jusqu'ici n'avait été que sanguinolente et glaireuse, commença à trahir en outre de forts indices de pus; le pouls tomba incroyablement, augmenta de rapidité et de fréquence, la langue commença à devenir sèche, la soif brûlante, la faiblesse crut d'heure en heure. En un mot, j'avais devant moi le groupe entier des symptomes constituant dans leur ensemble la fièvre adynamique mentionnée et redoutée par les lithotriteurs, et qui souvent (surtout après l'une des premières séances) résulte de l'iritation produite par le gravier sur la vessie si sensible, ainsi que sur l'urètre. Comme prédisposant à la violence de ces symptomes, je dois nommer la diète peu fortifiante que le patient avait été forcé de tenir contre son habitude durant plusieurs semaines. Le repos, des boissons mucilagineuses abondantes, des injections émollientes de décoction de guimauve, tempérèrent sans doute la première violence de la fièvre, mais elle continua pourtant,

ainsi que les douleurs, une semaine entière, durant laquelle les mucosités devinrent de jour en jour plus abondantes, à mesure que la faiblesse augmentait. L'état du patient commençant à me donner de sérieuses inquiétudes, je consultai Mr. d'Ekströmer, lequel après connaissance prise du fait, se fondant sur sa propre expérience et sur la règle *sublatâ causâ tollitur effectus*, me conseilla de ne pas attendre plus longtemps, mais de chercher à faire disparaître la cause de l'irritation en enlevant au plus tôt les détritus restants. Il me promit en outre d'assister à une nouvelle tentative, qui fut fixée au lendemain.

Le 23 août. La pierre fut saisie une fois à 5 lignes malgré la faiblesse et l'inquiétude du patient. Pour le stimuler un peu, on lui donna, l'opération terminée, une infusion de racine de guimauve, coupée d'une légère quantité de vin d'Oporto. Les jours suivants on lui permit aussi de faibles libations de *toddy*, sa boisson favorite, lesquelles contribuèrent à le ragaillardir.

Le 25. Nouvel essai: la pierre saisie à 2, 5, 2 lignes. Enfin:

Le 30, 6:ème et dernière séance. Le dernier gravier sortit sans difficulté, quoique seulement le 3:ème jour après l'opération. La pierre consistait d'acide urique pur.

L'appétit complètement disparu jusqu'ici, reprit peu à peu, mais très-lentement, de même que les forces. Faisons remarquer ici comme quelque chose d'extraordinaire, que quoique 6 explorations diverses, exécutées ultérieurement de tems à autre, eussent indiqué une absence totale de pierre ou de détritus, l'urine continuait toujours à être mêlée d'une abondante matière muco-purulente, qui se

déposait au fond du verre à une épaisseur de 2 à 3 lignes. Je fus persuadé que cette matière n'était pas du mucus, mais du pus véritable, par l'examen chimique que M. le D:r Berlin voulut bien en faire. Cette secrétion qui m'inquiéta d'abord, parce que j'y entrevoyais un signe d'affection plus profonde, ne continua, à mon grand étonnement, pas moins d'une année et demie après l'opération et cessa alors d'elle-même. L'emploi de la Diosma crenata et de l'Uva ursi n'eurent aucune influence sur elle. Un usage assez long de gymnastique médicale fut par contre très-utile au patient, qui regagna enfin la santé et les forces.

En Août 1847, le même malade fut heureusement opéré par moi d'une hernie inguinale incarcérée, et rendu promptement à la santé.

Il mourut en 1848 d'ossification des valvules du coeur. A l'autopsie, la vessie se trouva complètement saine, le rein gauche atrophié, rempli de pus, et les deux épididymes de la grosseur du poing, par suite des hydatides qui s'y étaient développés.

14:o. M:r Nyblaeus, chef d'arrondissement douanier, 55 ans, Vestrogothie, corpulent, gai et jouissant en général d'une fort bonne santé, arriva à Stockholm en été 1842, pour cause de difficultés d'uriner ressenties depuis 2 ans déjà. Le cathétérisme ayant découvert la présence d'une pierre de grandeur moyenne, et toutes les circonstances étant au reste favorables, je commençai immédiatement le broiement, lequel exigea 9 séances réparties sur un temps de 36 jours. Chaque séance amena la sortie d'une quantité considérable de détritus consistant d'acide

urique. La marche générale de l'opération avait été satisfaisante, mais après la dernière séance, le patient s'étant refroidi à la promenade, il s'ensuivit une fièvre adynamique lente, laquelle, avec les symptomes ordinaires, dura près de 4 semaines, sous un traitement très-simple. Dès que je pus faire une nouvelle recherche, je me convainquis que la vessie avait été totalement débarrassée de pierre lors de la dernière séance, laquelle fut par conséquent la séance finale. Le patient s'en retourna vigoureux et gai dans sa province, où il jouit d'une santé parfaite jusqu'en avril 1850: à cette époque, après 8 ans d'intervalle, et sans coliques préalables, il ressentit de nouvelles difficultés d'uriner. Il arriva en août à Stockholm, la récidive fut constatée par la sonde, et je procédai le 15 août à la première séance. Deux pierres au moins pouvaient être senties, et la preuve qu'elles n'étaient pas petites, c'est qu'il fallut 18 séances réparties sur un laps de temps de deux mois et demi, et que la masse du détritus fut considérable. Une petite quantité restait encore à enlever, mais le sujet ne put toutefois attendre la fin; il partit contre mon avis le 30 octobre, poussé par la sollicitude qu'il ressentait pour sa famille, le choléra commençant à s'approcher de sa terre. Il était au reste complètement décidé à revenir le printemps suivant. Le retour n'eut lieu toutefois qu'en septembre 1851. Quelques séances suffirent alors pour enlever radicalement la pierre. Il a joui d'une santé parfaite depuis ce temps-là.

15:o. M. de Nauckhoff, capitaine au régiment de Dalécarlie, 45 ans, avait durant 3 ans souffert de douleurs

calculeuses, compliquées d'un rhumatisme invétéré, lequel, à l'exception de quelques intervalles de répit, l'avait tourmenté dans tout le corps. Arriva à Stockholm en 1842, fut sondé, et la présence de la pierre constatée. L'opération fut décidée, mais la sensibilité extraordinaire et douloureuse de l'urètre et de la vessie força d'attendre 6 semaines entières, pendant lesquelles l'introduction de bougies de cire, puis de bougies rigides, et des injections dans la vessie, etc., furent, à titre de traitement préparatoire, répétées jusqu'à ce que l'urètre pût souffrir le lithoclaste, et la vessie retenir l'eau injectée (1). L'opération étant dès-lors possible, il y fut procédé, et elle eut lieu sans accident aucun. La pierre, d'acide urique et d'une dureté peu commune, exigea pour être entièrement enlevée, un temps de 3 mois et ne demanda pas moins de 20 séances. Aucune récidive n'eut lieu, mais, par contre, de forts accès du rhumatisme invétéré mentionné plus haut. Le patient revint en 1847, entièrement contracturé et sujet en outre à une éruption prurigineuse sur tout le corps; il entra pour cette cause à l'Hôpital des Séraphins.

18:o. M:r Bredberg, conseiller près la cour suprême, 53 ans, domicile Stockholm, était depuis plusieurs années tourmenté de coliques des reins irrégulièrement intermittentes, après lesquelles il avait toujours été heureusement délivré d'une ou de plusieurs pierres; il en possédait même à la fin une collection considérable. Ayant eu de nouvelles coliques en Février 1843, il remarqua, comme quelque chose d'extraordinaire, que la pierre n'était pas sortie,

(1) On ne connaissait malheureusement pas encore à cette époque l'usage de l'éther ni celui du chloroforme; l'emploi de ces anesthésiques eût été bien propre à alléger les souffrances atroces du patient.

à l'instar des crises précédentes. Toutefois la miction ne devint douloureuse qu'au mois de mai; dès-lors les symptômes rationnels de la pierre se présentèrent l'un après l'autre, et démontrèrent la nécessité d'une exploration, qui fut exécutée par moi. Aucune pierre ne pouvant être découverte par les sondes métalliques ordinaires, je me souvins du conseil de Civiale (fortement appuyé par Heurteloup), d'employer dans des cas semblables une sonde élastique très-fine et très-lisse; j'en introduisis une, en laissant, le patient debout, s'écouler lentement l'eau injectée. L'opportunité de ce procédé dans les cas où la pierre est minime me fut pleinement démontrée par la circonstance qu'à l'écoulement des dernières gouttes je sentis à n'en pas douter le frôlement contre la surface fine du cathéter, de la petite concrétion laissée inaperçue par les sondes métalliques. Certain de la présence d'une petite pierre, j'introduisis le percuteur après une nouvelle injection, et je réussis à saisir la pierre à un diamètre de 3½ lignes. Je sortis l'instrument et les détritus s'écoulèrent tout de suite, ainsi qu'après le bain où le patient se mit immédiatement. Ils consistaient d'acide urique. L'après-midi, ainsi qu'une partie du jour suivant, le malade se sentit infiniment mieux, mais vers le soir, il fut saisi de frisson, puis d'une fièvre qui continua les jours suivants, avec faiblesse, insomnies, manque d'appétit, soif ardente, etc. — enfin toute la forme fébrile qui se présente si souvent après les premières séances. Cette fièvre, compliquée en outre de symptomes gastriques, dura 3 semaines, pendant lesquelles un détritus très-fin sortit de temps en temps avec l'urine, et après ce temps cessa

peu à peu sans crises. Dès que le patient eut recouvré assez de forces pour pouvoir être sondé de nouveau, nulle trace de pierre ne put être découverte dans la vessie, malgré plusieurs tentatives exécutées dans des positions diverses. Toutes les douleurs, tous les autres signes avaient disparu, une faible quantité de mucus seulement se montrait dans l'urine, laquelle devenait toutefois plus claire de jour en jour. Le total des détritus recueillis pesait ½ gros. Le patient délivré, comme on vient de le voir, de sa pierre en une seule séance, alla habiter la campagne et n'a jamais remarqué dès-lors le moindre indice de récidive.

17:o. M:r de Sydow, conseiller près le collége de commerce, 63 ans, domicile Stockholm. Ne se décida qu'en 1843, après 2 ans au moins de douleurs calculeuses, à se soumettre à la lithotritie. En un mois, et 16 séances, il fut délivré d'une grosse pierre d'acide urique. Rien ne vint troubler l'opération. Le patient souffrit ensuite souvent de récidives de fièvre intermittente et de vomissements, mais ne ressentit plus aucune douleur calculeuse. Il mourut en novembre 1850.

18:o. M:r Telander, Assesseur, 67 ans, domicile Jönköping (Småland), souffrait depuis 3 ans de la pierre. Fut opéré par broiement en été 1844. La pierre consistait d'acide urique. Repartit, contre mon avis, après 6 séances, parce qu'il se sentait délivré de tous symptomes et qu'il était lui-même complétement persuadé de la disparition totale de la pierre. Toutefois, il revint, comme je l'avais prévu, au printemps de 1845, et fut alors en 7 séances complètement délivré de son infirmité, laquelle était

à coup sûr un reste de l'année dernière, et non une récidive. Jouit ensuite d'une assez bonne santé, sauf des douleurs intermittentes dans les reins. Il mourut en 1847. Mr le Dr Sköldberg, qui fit l'autopsie du cadavre, trouva un abcès considérable dans l'un des reins, contenant une pierre grosse comme le pouce; la vessie était libre de pierre, mais recouverte de pseudomembranes et comme partagée en deux poches, dont l'une formée par le col dilaté, circonstance diagnostiquée avec justesse par moi à l'opération.

19:o. Mr Karström, chef d'arrondissement douanier, 51 ans, domicile Stockholm, sentit en 1845 pendant 4 mois, de légères souffrances lors de l'évacuatiou de l'urine, et se fit sonder la vessie. L'opération fut décidée, et la petite pierre consistant d'acide urique et de quelque peu d'oxalate de chaux (*Hamberg*), enlevée après 2 séances exécutées dans l'espace d'une semaine. Tout se passa à souhait, opération et suites, et le patient, domicilié maintenant à Gothembourg, a dès-lors joui de la meilleure santé.

20:o. Mr de Rosén, ancien président de la haute cour de Svea, 70 ans, veuf, domicile Stockholm, était tourmenté depuis 2 ans de douleurs calculeuses. L'opération commença en juin 1845, et continua durant 6 semaines. Après 16 séances, sans incident fâcheux quelconque, le patient regagna une santé et une vigueur complètes à tous égards, et 2 ans après, en 1847, il convolait en secondes noces. Cet état de santé dura 6 ans, c'est-à-dire jusqu'au commencement de 1851, époque à laquelle le patient fut de nouveau tourmenté de calcul. Trois séances suffirent à enlever la petite pierre qui, comme la première, consistait d'acide urique. Depuis ce temps, et avec un inter-

valle d'un ou deux ans, deux petites pierres tombées des reins dans la vessie, ont été enlevées heureusement et avec une étonnante facilité. Le patient n'avait pas reçu de la nature une sensibilité excessive dans les voies urinaires, et l'habitude avait fait que loin d'être gêné par l'introduction de la sonde, il était plutôt disposé à considérer comme une "*jouissance*" la sensation produite par cet instrument.

21:o. Mr le colonel Kalmberg, 69 ans, domicile Stockholm; avait servi jadis dans la cavalerie, et durant ce service comme pendant les dernières années de sa vie, il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au printemps de 1843, époque à laquelle il aperçut que parfois un peu de sang s'écoulait avec l'urine, quoique sans douleur. Au mois de juin de la même année, le patient ayant lors d'une promenade pédestre pris un exercice plus fort que de coutume, l'évacuation de l'urine fut accompagnée d'un fort écoulement de sang. Le médecin consulté crut avoir affaire à des hémorrhoïdes, et prescrivit différents remèdes, tels que l'application de ventouses scarifiées aux lombes, et "*une poudre blanche*", lesquels arrêtèrent sans doute l'hémorrhagie pour quelque temps, mais "gâtèrent" par contre l'estomac. Le patient fit un voyage vers la fin de l'été, et la voiture, qu'il avait pu supporter jusqu'ici, lui devint maintenant pénible. De retour à Stockholm, il consulta le même médecin ; celui-ci sans mettre en question le moindre examen, continua à croire à des hémorrhoïdes contre lesquelles il ordonna de nouveau «la poudre blanche»; mais ce remède n'ayant plus l'effet désiré, il dut faire place à des «gouttes acidulées», que suivirent bientôt en désespoir de cause faire place à des pilules

ferrugineuses, puis à l'emploi de l'eau martiale de Pyrmont. Toutefois cela ne faisait qu'empirer le mal. Des sangsues furent maintenant appliquées au périnée, mais aucun allégement n'en étant même produit dans la difficulté d'uriner, le médecin, »à bout de son latin», se rabattit de nouveau sur les »gouttes acidulées». Et ce traitement ou plutôt ces mauvais traitements continuèrent jusqu'à la fin de l'année. Au printemps de 1844 le même médecin conseilla au patient l'eau de Marienbad, qu'il prit en effet, quoique les douleurs en fussent plutôt augmentées que diminuées; il s'en alla ensuite aux bains de mer de Marstrand, où l'emploi de l'eau de Marienbad continua. Le séjour aux bains terminé, les affaires du patient l'appelèrent à se rendre en Småland. Les secousses de la voiture lui causèrent des douleurs insupportables, et les besoins d'uriner devinrent si fréquents que l'infortuné, à peine remonté en voiture, était forcé d'en redescendre immédiatement; aussi tout le chemin se fit-il à peu près à pied. De retour à Stockholm, il retourna à son ancien médecin, lequel recommença sur nouveaux frais l'application de sangsues au périnée, et le régime des poudres, des gouttes, etc. etc. D'exploration de la vessie pas même l'idée. Toutefois le pissement du sang et les douleurs augmentèrent vers la fin de l'année; mais ce fut seulement en janvier 1845 que le patient résolut de consulter un autre médecin, et pour cause, car l'ancien venait de mourir.

J'avais eu déjà ce sujet entre les mains 3 années auparavant pour une loupe que j'avais dû lui enlever au crâne. Je le trouvai maintenant légèrement amaigri par les douleurs, ayant au reste assez bonne mine, mais l'hu-

meur très-abattue; toutefois il ne se plaignait que de ses détestables hémorrhoïdes. Apprenant qu'aucune exploration de la vessie n'avait eu lieu, je me mis immédiatement à l'oeuvre et découvris une très-grande pierre. De nouveaux essais donnèrent 20 lignes au plus grand diamètre de ce corps. Au reste, aucune circonstance défavorable, l'urètre avait une largeur suffisante et la vessie était assez spacieuse pour contenir 8 onces d'eau. L'urine était, à l'exception des écoulements mêlés de sang, presque claire, parfois, quoique rarement, chargée d'une faible quantité de mucus, de couleur sombre, saturée, jumenteuse, réagissant en acide. Nulle douleur ne se faisant sentir dans la région rénale, et aucune contre-indication ne se montrant, je proposai la lithotritie, que je commençai le 28 janvier après des injections et quelques explorations préparatoires.

La pierre fut saisie dans les dimensions de 20, 15, 9 et 3 lignes. Comme elle se trouvait dans une position superbe pour l'instrument, et que la manoeuvre affectait très-peu le sujet, je me laissai séduire à prolonger peut-être un peu trop cette séance. Je suis complètement sûr que la muqueuse de la vessie n'en fut nullement lésée. Le patient se mit immédiatement au bain, dans lequel une quantité considérable de détritus sortit avec l'urine; il en fut de même l'après-midi, pendant lequel le patient se trouva très-bien; mais vers le soir il se déclara un frisson violent suivi d'une forte fièvre, accompagnée d'une légère transpiration; la nuit, insomnie totale. Le lendemain, la fièvre continue, faiblesse grande, langue sèche, soif ardente, 100 battements de pouls par minute; le bas-ventre légèrement tendu, surtout au-dessus de la vessie, et passable-

ment douloureux à la pression; une cystite, si on peut lui donner ce nom, était indubitablement sur le point de s'y former. Un mucus épais et tenace qui commença de s'écouler avec l'urine, augmenta journellement de quantité, de sorte que les graviers qui s'y trouvaient englués, ne pouvaient sortir qu'avec la plus grande difficulté. Des cataplasmes chauds furent appliqués sur le bas-ventre; la fièvre, dont tous les symptomes étaient ceux de la fièvre adynamique ordinaire à ces cas, fut combattue par des remèdes faciles, tels que laxatifs, lavements, acide phosphorique, etc., et continua pour ainsi dire sans rémission durant 3 semaines, après lesquelles elle diminua insensiblement. Dès que l'état du patient se fut quelque peu amélioré, et que j'osai introduire de nouveau l'instrument, ce que les circonstances ne permirent pas toutefois avant le 22 février, je ne le fis qu'avec la plus grande prudence et non sans crainte des suites, la fièvre ayant grandement entamé les forces du patient.

Il me restait maintenant à choisir entre deux procédés: laisser continuer l'inflammation chaque jour plus grande de la muqueuse, entretenue par les graviers aigus restés dans la vessie, ou hasarder les suites de la périlleuse irritation générale, qu'une nouvelle opération exciterait à coup sûr chez un sujet si faible.

Pour ne pas empirer l'inflammation en tardant davantage, je me décidai, non sans hésiter beaucoup, à augmenter l'irritation; j'introduisis le percuteur, et je réussis à saisir et à briser des fragments de pierre de 17, 15 et 3 lignes de diamètre. Le soir, il survint de même un frisson violent, qui revint pendant 3 jours, à 5 heures du soir. La fièvre

subséquente était sans doute faible et accompagnée d'une légère transpiration, mais le pouls se trouvait mat et les forces si abattues que je commençais à craindre une issue fatale. Je soupçonnais au commencement que ces symptomes indiquaient peut-être une affection rénale plus profonde; mais les paroxysmes commençant à prendre un type défini et régulier, j'eus recours le 4:ème jour au sulphate de quinine, dont le patient reçut en tout gr. xvj, mêlés de 1½ grain d'opium. La nuit fut calme; ni frisson ni fièvre ne se présentèrent, les symptomes locaux se calmaient à vue d'oeil; toutefois l'abondant mucus dont l'urine était chargée continua à s'écouler avec la plus grande difficulté. Vu la faiblesse générale entretenue par une insomnie presque complète, contre laquelle j'employai vainement la morphine et le lactucarium, je n'osai procéder que le 3 mars à la 3:ème séance. (Les premières séances eurent donc lieu comme suit: 28 janvier, 22 février, 3 mars). Les suites de cette séance furent moins décourageantes; la 4:ème put avoir lieu le 6 mars, et l'état général s'améliorant de plus en plus, je hâtai les séances subséquentes, qui désormais eurent lieu tous les 2 jours. 16 séances furent nécessaires pour débarrasser parfaitement le patient de son immense pierre. Dès la dernière (4 avril) l'écoulement du mucus avec l'urine cessa immédiatement. Le patient se rétablit peu à peu. Vers la fin du printemps il fit une cure d'eau de Wildung, puis partit pour les bains de mer de Marstrand. Le gravier rassemblé et séché pesait 6 gros et consistait d'acide urique pur. Le patient jouit dès-lors d'une santé parfaite jusqu'en 1847, époque à laquelle, lors d'un voyage en Småland, il mourut d'une indigestion causée par la consommation trop copieuse

d'anguille et de melon. Le cas de maladie ci-dessus, quoiqu'au reste assez ordinaire, donne lieu toutefois à quelques remarques:

En premier lieu, il se présente comme un avertissement sérieux pour le médecin de procéder à sa diagnose d'une manière un peu plus prudente, afin que, soit par ignorance, soit par une négligence coupable, il ne laisse pas durant des années une pierre parvenir aux dimensions du cas présent, en d'autres termes, à peu près aux plus grandes que la lithotritie puisse attaquer avec chance de succès.

En second lieu, les symptomes au plus haut point inquiétants qui se déclarèrent après la première séance, et que l'on a assez souvent occasion d'observer, surtout au commencement d'une opération lithotritique, peuvent, si non toujours, du moins, s'il faut le dire, assez souvent, être mis sur le compte de l'opérateur. Je reconnais sincèrement que dans le cas présent ils ont été, suivant toute probabilité, provoqués par la négligence d'une règle à laquelle les opérateurs parisiens, se basant sur leur vaste expérience, donnent une importance majeure, et qu'ils ne considèrent jamais pouvoir assez inculquer à leurs élèves. Cette règle, la voici: *Faites la première séance aussi courte que possible* (1). La première fois, si faire se peut, il faut s'efforcer de bien saisir la pierre, car si cela a lieu, elle ne se brise qu'en 2 ou 3 fragments assez considéra-

1) Je serais prêt à dire: *faites chaque séance aussi courte que possible*, et je ne crois vraiment pouvoir le recommander assez. Je me fonde à cet égard sur une expérience souvent trop chèrement achetée, et je le dis dans la ferme persuasion que l'application de cette règle importante est la condition majeure d'un emploi heureux de la lithotritie. Je n'appelle pas courte la séance qui dure de 5 à 10 minutes, mais celle de 2 ou tout au plus 3 minutes.

bles pour ne pouvoir passer par l'urètre, et qui sont par conséquent forcés de rester dans la vessie jusqu'à nouvel ordre. Cela réussit-il, il ne faut rien précipiter, quelque raison que vous puissiez avoir; il ne faut se laisser entraîner à saisir à fois réitérées et à essayer de briser ces fragments, ni par le patient lui-même, ce qui arrive parfois, ni par les aides, lesquels assez souvent le désirent, ni par une témérité assez commune chez les commençants. La raison majeure à opposer à cette manière d'agir se trouve dans la circonstance que l'urètre, mais surtout le col de la vessie, sont alors sensibles au plus haut point; l'on doit par conséquent empêcher, si possible, que des fragments minimes ne cherchent à passer par le col de la vessie immédiatement après la première séance, et ne produisent une irritation du col et de l'urètre presque toujours suivie de graves symptomes. Dans le cas présent, le sujet était passif au plus haut point, je dirai même indolent; je crus alors devoir profiter de l'occasion, procédai trop vigoureusement, et fis durer trop longtemps la 1:ère séance. Des accidents très-inquiétants ne tardèrent pas non plus à se présenter. Ils ne devinrent pas aussi graves qu'ils auraient pu l'être, mais ce me fut toutefois un avertissement sérieux de procéder désormais avec plus de prudence.

La fièvre lente adynamique qui se déclare souvent dans les cas sembables et qui est évidemment en rapport avec l'irritation produite par la sortie du gravier, quoique quelques lithotriteurs ne soient pas de cette opinion, doit du moins dépendre, dans la plupart des cas, d'une irritation des parois et du col de la vessie, ainsi que de l'urètre; dans le cas présent nous en avons une

preuve assez parlante, car les symptomes locaux après la 1:ère séance ressemblaient, quoiqu'à un degré inférieur, à ceux d'une inflammation chronique lente de la muqueuse de la vessie.

Je fus convaincu d'une manière surprenante de l'utilité véritable de la quinine dans les cas où la fièvre prend un type régulier avec intervalles fixes. Les symptomes de frisson, etc., disparurent totalement après l'emploi de ce remède.

Une vérité que le cas m'a aussi constatée, est celle que l'écoulement du mucus, quelque abondant qu'il soit, dès qu'il n'a pas son origine dans une vessie malade à un très-haut degré, mais provient seulement de l'irritation causée par les graviers aigus, loin de constituer un empêchement à la continuation des séances, indique au contraire la nécessité de les répéter plus fréquemment.

Enfin, je considère ce cas comme pouvant servir d'encouragement à l'opérateur, car il montre que même avec les apparences les plus sombres il ne doit pas perdre toute espérance d'une issue peut-être heureuse.

22:o. Mr de Printzensköld, procureur du roi, 50 ans, domicile Stockholm, sentait depuis 6 semaines, en été 1845, des souffrances insupportables lors de l'évacuation de l'urine. Il demanda à être sondé. La pierre fut immédiatement découverte, et quoiqu'elle causât des douleurs à faire crier le patient à chaque miction, elle était toutefois de dimensions si petites, qu'une seule séance suffit à l'annihiler. Elle avait environ la grosseur d'une noisette et consistait d'acide urique pur. Le patient se trouva donc immédiatement guéri, mais il lui survint de temps

en temps de coliques des reins, dont le résultat définitif fut une récidive, laquelle ne se déclara toutefois que 9 ans après, c'est-à-dire en 1854. Il fut opéré de nouveau, et la pierre, qui consistait cette fois aussi d'acide urique pur, fut enlevée facilement en 3 séances.

23:o. Mr Schotte, capitaine du régiment d'infanterie de Vestrogothie, 55 ans, se décida, après 4 ans d'affections calculeuses, à se rendre à Stockholm en 1845. La pierre facilement découverte, était très-grande, et exigea 16 séances exécutées dans l'espace de 2 mois. Aucun incident fâcheux. Pierre d'acide urique. Le patient jouit ensuite d'une bonne santé et n'eut pas de récidive. Mourut en août 1852. Cause de la mort inconnue.

24:o. Mr le colonel de Hedenstjerna, 59 ans, Småland, fut opéré en 1846 et délivré de sa pierre en 11 séances dans l'espace de 5 semaines. Aucun accident. La pierre consistait d'acide urique. Aucune récidive connue. Mourut en 1853. Cause de la mort inconnue.

25:o. Mr Nehrman, intendant, 60 ans, Néricie, vint en 1846 à Stockholm, après 7 ans de souffrances cruelles; je le délivrai de sa pierre, de 18 lignes de diamètre, et si dure, qu'au commencement je désespérais complètement de l'issue. Après 19 séances, dans un espace de temps de 9 semaines, et après avoir employé l'instrument N:o 3 de *Charrière*, le seul qui eût de l'effet sur la pierre presque dure comme du silex et consistant d'acide urique compact, le patient put s'en retourner chez lui en pleine santé et totalement délivré de sa pierre.

26:o. Mr le lieutenant-colonel de Schantz, 73 ans, arriva en été 1846 d'Åbo (Finlande). Il fut sondé 2

ours de suite sans que je sentisse de pierre. Le visitant le 3:ème jour, il me dit à mon entrée: "docteur, vous avez voulu m'attraper hier, en prétendant que je n'avais pas de pierre"; ce disant, que l'on juge de ma stupéfaction à la vue de 6 pierres aussi grandes que des fèves de haricot! Elles étaient sorties d'elles-mêmes avec l'urine, le jour précédent, immédiatement après le cathétérisme, et avaient échappé à mes recherches probablement par le fait qu'elles se trouvaient cachées dans une poche. Une seule séance suffit pour briser, le jour suivant, la 7:ème et dernière, laquelle était d'une grosseur un peu supérieure à celle des précédentes. Toutes consistaient d'acide urique. Le patient se sentit immédiatement guéri. Je crus toutefois devoir, avant son départ, me convaincre par quelques explorations que la vessie était tout-à-fait libre, et j'aperçus alors chaque fois que l'urine était légèrement sanguinolente. Au dernier essai, 2 jours avant son embarquement, l'hémorrhagie devint si violente à l'introduction de la sonde que la vessie fut complètement remplie; cela nous embarrassa beaucoup, le patient et moi, et nous fit passer une nuit inquiète et sans sommeil, durant laquelle je dus à fois réitérées avoir recours à des injections d'eau tiède pour faire sortir le sang coagulé, puis à des injections froides pour rafraîchir la vessie. Il partit quelques jours après, parfaitement guéri. Il revint en 1847, plutôt pour son plaisir que par nécessité. La vessie fut sondée, mais je ne découvris pas de pierre.

27:o. Mr le général de Reuterskjöld, domicile Stockholm, 76 ans, vint sous mon traitement en 1846. L'orifice de l'urètre était si étroit, que je dus préalable-

ment l'ouvrir avec l'instrument de Civiale. Fut sondé 5 fois dans des positions différentes, sans que la pierre pût être découverte. La 6:ème fois amena enfin ce résultat. 5 séances en 3 semaines le délivrèrent de sa pierre, qui consistait d'acide urique. En 1848 de nouveaux symptomes de calcul se manifestèrent. Son médecin d'alors, M. le D:r *Vincent* Lundberg m'ayant consulté, nous résolûmes de ne procéder à aucune opération vu l'état général de faiblesse du patient.

Il mourut en octobre suivant. L'autopsie fit découvrir une pierre de la grosseur d'un oeuf de pigeon, consistant entièrement de phosphates, à l'exception du noyau, qui était d'acide urique. C'était peut-être un fragment de l'ancienne pierre, resté depuis la 1:ère opération; je suis d'autant plus porté à le croire, que ce corps avait une forme triangulaire. Il est probable que ce petit gravier, resté dans la vessie trabeculée, y était devenu le noyau de la nouvelle pierre formée durant les 2 années consécutives.

28:o. Mr Bergström, réviseur, 48 ans, domicile Stockholm, fut opéré en Mai 1847. Après 4 séances, se croyant libre de pierre, vu que, comme cela arrive parfois, les symptomes avaient complétement cessé, il ne permit pas de traitement ultérieur. Il revint toutefois, ainsi que je le lui avais prédit, déjà en septembre, avec les fragments restés, lesquels disparurent après 3 séances. Le patient n'était pas des plus sensibles et considérait une séance comme un cathétérisme ordinaire; les 3 dernières fois, il se rendit chez moi, subit son opération et s'en alla directement après, sans gêne aucune, au collége de la

guerre où se trouvait son bureau. La pierre, qui consistait d'acide urique, exigea donc en tout 7 séances, faites dans l'espace d'un mois.

29:o. Mr Hellman, capitaine de cavalerie, 62 ans, Småland, ressentant depuis 6 mois des douleurs calculeuses, me visita en 1847. Une seule séance suffit pour le délivrer de la pierre, laquelle fut saisie à un diamètre de 3 lignes de Paris. Elle consistait d'oxalate de chaux. L'opération fut suivie d'un léger frisson et d'un peu de fièvre; mais 3 jours après il repartait pour le Småland parfaitement guéri.

30:o. Mr le capitaine de Gripensvärd, 67 ans, de la province d'Upland. Tourmenté 8 ans de souffrances calculeuses, il arriva enfin à Stockholm en 1847. L'opération fut commencée dès la découverte de la pierre, c'est-à-dire le 20 Juin, et continua, de la façon ordinaire, sans accidents durant 5 séances. Le patient était très-irritable. Après la 5:me séance, un des testicules commença à enfler avec accompagnement d'une forte fièvre qui força M. de G. à prendre le lit. Malgré l'emploi de laxatifs, de bains, de cataplasmes, de ramollients, etc., l'enflure augmenta, entra en suppuration et fondit enfin complétement la glande. Quand la tension fut à son maximum, la tunique albuginée dut être ouverte, et toute la masse testiculaire s'écoula peu à peu. La cicatrisation de la plaie exigea 2 mois pendant lesquels l'opération fut interrompue. 2 séances suffirent alors pour enlever la pierre, qui consistait d'acide urique, et le patient s'en retourna chez lui au commencement de septembre, après une opération de 10 semaines et de 7 séances.

31:o. Mr Hejkel, président de tribunal de 2:ème instance, 62 ans, domicile Wasa (Finlande). Avait jadis souffert beaucoup d'un rhumatisme pour lequel il avait visité divers bains étrangers, et s'était même, lors d'un voyage en France, confié au traitement de M. le D:r Chrestien de *Montpellier*. Arriva à Stockholm en été 1847, après avoir souffert un an et demi de symptomes calculeux. Une *seule* séance le délivra de sa petite pierre (5, 3, lignes de Paris), consistant d'acide urique. Après une semaine de séjour à Stockholm, il s'en retourna en Finlande parfaitement guéri. Une annonce dans les journaux du temps m'apprit qu'il mourut en 1850.

32:o. Mr le major Wetterström, 63 ans, Ostrogothie, fit en 1848 un voyage à Stockholm dans le but d'y chercher un remède aux douleurs qu'il avait durant plus d'une année éprouvées à la miction. Un mois et 8 séances suffirent pour enlever sa pierre, qui consistait d'acide urique. Aucun incident remarquable ne se présenta, si ce n'est que les premières tentatives, avant que je fusse parvenu à découvrir la construction de l'urètre, furent excessivement difficiles, en suite de l'existence près du bulbe d'un enfoncement considérable dans lequel l'instrument s'égarant volontiers, provoquait régulièrement une hémorrhagie. Il est probable que j'avais eu à l'un des premiers essais le malheur de m'y fourvoyer, ce que j'évitai ensuite par plus de prudence.

33:o. Mr Kjerrström, commerçant, d'Askersund (Néricie), avait joui sans interruption de la meilleure santé jusqu'à l'âge de 57 ans révolus, mais commença dès-lors à ressentir de la difficulté à évacuer l'urine. Après avoir

souffert patiemment toute une année, il fit en 1848 un voyage à Stockholm pour y chercher remède à son mal. Au bout de 8 séances, qui nécessitèrent un espace de temps de 5 semaines, le patient s'en retourna chez lui dans une santé parfaite. En Mai 1852, une nouvelle pierre le força de revenir passer 15 jours à Stockholm. 4 séances suffirent pour le délivrer de son calcul. Les deux pierres consistaient d'acide urique.

34:o. Mr Helander, procureur du roi, 65 ans, Dalécarlie, avait souffert 25 ans de la gravellé et près de 2, de symptomes calculeux. En 1848, 10 jours et 5 séances suffirent pour remettre le patient. Aucun accident ne vint troubler l'opération, si ce n'est la circonstance que 2 gros fragments de pierre s'arrêtèrent une fois dans la fosse naviculaire, d'où ils furent, sans trop de difficulté, retirés avec la sonde ordinaire. La pierre consistait d'acide urique.

35:o. Mr le comte de Schwerin, Ostrogothie. Plein de vigueur en dépit de ses 71 ans, le patient s'était peu soucié des difficultés qu'il éprouvait depuis au moins 2 ans à la miction. Prenant en 1848 les eaux minérales de Söderköping (Ostrogothie), il commença toutefois à trouver ses souffrances plus gènantes que d'ordinaire, et me pria (j'étais moi-même en séjour temporaire à Söderköping) de sonder sa vessie. A son étonnement et au mien, je découvris immédiatement une très-grande pierre. Le patient arriva à Stockholm au commencement d'octobre et je procédai immédiatement à l'opération. La pierre, qui consistait d'acide urique, avait des dimensions considérables (19 lignes), et n'exigea pas moins de 3 mois et de 20 séances. Vu l'irritabilité nerveuse

assez grande du patient, les séances ne purent se suivre de trop près, mais exigèrent souvent plusieurs jours d'intervalle. Toutefois aucune suite désagréable ne se présenta, à l'exception d'un frisson accompagné de fièvre et de transpiration, qui se manifesta après la plupart des séances, mais dura rarement plus de quelques heures. Vers Noël, le patient enfin délivré de sa pierre, s'en retourna à sa belle terre seigneuriale de Stegeborg, où jusqu'à présent (1857) il a joui d'une fort bonne santé.

36:o. Mr P.-C. Boman, comptable de l'administration des douanes, 45 ans, domicile Stockholm, constitution vigoureuse. Avait, outre plusieurs attaques chroniques de goutte dans les pieds, souffert pendant 2 ans de symptomes calculeux, sans pouvoir se laisser persuader par son médecin à subir une exploration de la vessie pour arriver à la connaissance du mal, qu'il croyait hémorrhoïdal et par conséquent peu digne d'attention. Enfin, en Janvier 1849, les souffrances devenant de plus en plus violentes, il me permit d'introduire la sonde, et je découvris immédiatement une grande pierre, laquelle à en juger par la sensation que la sonde me communiqua, devait être d'une dureté considérable. Après 15 jours d'un traitement préparatoire consistant dans l'introduction journalière alternative de bougies ou de sondes, traitement une fois interrompu par une des attaques ordinaires de goutte, je pus enfin procéder le 5 février à la 1:ère séance, et réussis à saisir le calcul à 16 lignes de diamètre. Je découvris immédiatement que j'avais affaire à une pierre extraordinairement dure, car non seulement le pignon ne put rien faire, mais encore plusieurs coups de marteau n'eurent pas plus

de succès. Le patient ne souffrit pas toutefois beaucoup de la manoeuvre, laquelle fut répétée 2 jours après, le 7 février, en présence de son médecin ordinaire, Mr le D:r Jentzen, que j'avais prié d'assister à l'opération. Cette dernière circonstance m'ayant peut-être fait par trop désirer que l'opération réussît, et que la séance ne fût pas sans résultat, j'employai, dès que j'eus saisi la pierre à 13 lignes, en essayant de la briser avec le pignon, plus de violence que je n'en eusse jamais employé avec aucun patient, et que je n'eusse eu besoin de le faire. Quoique l'instrument fût un ramasseur de graviers N:o 2, je croyais pouvoir essayer sans péril ce déploiement de forces: je m'étais déjà plusieurs fois auparavant et avec le plus grand succès servi du même instrument lorsque j'avais eu affaire à des pierres très-dures, et même déjà lors des premières séances. En second lieu, je me confiais en la véracité de l'assertion positive de *Charrière*, "que tous ses instruments sont si bien éprouvés au dynamomètre, et que la résistance se trouve dans une telle harmonie avec la force déployée, que l'homme le plus fort n'est pas en état de presser le pignon avec assez de violence pour briser le bout vésical de l'instrument". A ma stupéfaction, j'entends malheureusement au 3:ème effort un bruit sonore et je ressens à la main une impression désagréable, comme si l'instrument se fût cassé. Je lâchai prise immédiatement, et retirai sans retard mon percuteur, qu'au premier instant je crus entier, à mon grand étonnement. Toutefois, ayant séparé les branches, je trouvai effectivement la branche masculine brisée à l'angle de son bout vésical; mais je ne pouvais nullement me rendre compte de la circonstance très-

inattendue que le morceau ne fût pas resté dans la vessie; enfin un examen plus attentif me démontra que la fracture avait eu lieu de la manière la plus heureuse: une demi-ligne à peine des rainures était restée au plus petit fragment, de sorte que lors du approchement des branches les fragments séparés s'étaient tenus ensemble, et que le plus petit n'avait par conséquent pu tomber au fond de la vessie. Cela aurait eu lieu, si la fracture s'était faite un peu plus haut. La cause probable de la rupture du percuteur doit à mon avis être cherchée dans la violence par trop grande que j'employai et dans le malheur que j'eus de mal saisir la pierre. Cette dernière n'était sans doute engagée que dans l'extrémité des pinces de l'instrument, et avait eu par le fait d'autant plus d'action sur l'angle de la branche masculine.

Nous cachâmes naturellement au malade le malheur que j'avais failli lui causer. Mr le Dr Jentzen, qui avait aussi entendu le bruit fait par l'instrument, me félicita d'un tel succès, et moi-même profondément saisi d'une issue si inespérée, je ne pouvais être assez reconnaissant du bonheur d'avoir échappé à tous les désagréments qui auraient été la suite de la chute d'un morceau de l'instrument dans la vessie. J'ai différé autant que possible de mentionner ce cas, car si l'on eût appris tôt après qu'une telle chose est possible, cela aurait eu une influence fâcheuse sur les jugements à l'égard de la lithotritie elle-même. La rupture de l'instrument dans la vessie étant toutefois des plus rares, j'ai cru devoir communiquer maintenant cet accident tout particulier, comme preuve réelle de possibilité, désirant que tout médecin dans la même

situation puisse en échapper aussi heureusement que moi, c'est-à-dire seulement avec la peur.

Espérant pouvoir vaincre enfin la résistance de cette pierre presque aussi dure que du caillou, je me servis dans la 3:ème séance d'un instrument plus fort, que j'avais emprunté à Mr Stille, fabricant d'instruments à Stockholm. Ce fut encore en vain. Enfin j'essayai, la séance suivante, l'instrument le plus gros (*Charrière* N:o 3) que j'eusse pu trouver dans la collection de l'Hôpital des Séraphins; mais quoique pendant plusieurs séances je donnasse de 12 à 15 coups de marteau, je ne pus toutefois parvenir à briser la pierre, ni même obtenir plus de fragments que quelques brins presque imperceptibles. Ce fut de cette façon que je continuai tous les 2, tous les 3 jours, avec le résultat décourageant d'une demi-cuillerée à café seulement de détritus après 12 séances.

L'on ne doit pas s'étonner que l'humeur du patient commençât à souffrir; les forces se mirent en outre à diminuer, l'irritabilité de la vessie augmenta tellement qu'elle ne put plus retenir l'eau injectée; l'urine devint glaireuse, le sommeil était sans cesse troublé la nuit par le besoin d'uriner, et l'état général en était à ce point, que le patient et moi, nous fûmes durant 8 jours à douter de la possibilité de l'opération; peu s'en fallut enfin que je ne me visse forcé d'abandonner le patient à son sort, c'est-à-dire de lui laisser garder sa pierre, d'autant plus qu'il avait positivement déclaré ne jamais permettre la lithotomie. Dans cette situation embarrassante, il me vint une inspiration subite: le chloroforme avec sa vertu soporifique pourrait selon toute apparence nous être utile pour abattre l'irritabilité de la vessie,

et lui rendre le pouvoir de contenir l'eau injectée et de supporter par cela même un temps suffisant les nombreux et violents coups de marteau absolument nécessaires pour briser la pierre la plus dure que j'aie rencontrée dans ma pratique. Le succès dépassa vraiment toutes mes espérances: à la 13:ème séance, dès que le chloroforme eut amené l'anesthésie nécessaire, je réussis à briser en grands fragments, avec le gros percuteur nommé plus haut, la pierre d'acide urique pur, mais dont les couches étaient aussi compactes que si elles avaient été unies par le ciment le plus dur. A chaque nouvelle séance, toujours avec emploi du chloroforme, la récolte de détritus devint plus abondante, et le 4 avril, après un traitement de 2 mois et le total de 27 séances, j'eus le satisfaction d'avoir complètement annihilé la pierre, résultat dont j'avais bien souvent désespéré. Le patient a joui dès-lors d'une santé parfaite.

37:o. Mr John Swarts, Norrköping (Ostrogothie), 59 ans, stature haute, corpulence grande, tempérament assez irritable. Il avait pendant 20 ans produit des pierres des deux reins, mais ce ne fut qu'au printemps de 1849 qu'il aperçut que les pierres tombées dans la vessie y restaient. La difficulté d'uriner causée par là engagea le patient à partir incessamment pour Stockholm. L'examen par la sonde découvrit 2 pierres, une grande et une petite. Vu la grande sensibilité de l'urètre et le refus opiniâtre de la vessie de retenir l'eau injectée, je dus procéder à un traitement préparatoire de 15 jours, avant de pouvoir introduire le percuteur. Quoique la vessie ne pût qu'avec peine recevoir une faible quantité d'eau (environ 2 onces), j'introduisis, par une manoeuvre rapide,

l'instrument droit contre l'eau qui voulait sortir et j'empêchai autant que possible cette deruière circonstance en pressant du et pouce de l'index de la main gauche le penis contre l'instrument; enfin je réussis à saisir comme àla volée la pierre conduite par le courant d'eau vers le col de la vessie. Après 3 séances, à un jour d'intervalle, et en répétant le même procédé, les deux pierres, d'acide urique, furent complètement enlevées. Le patient s'en retourna guéri après un mois de séjour à Stockholm. Revint deux fois depuis, soupçonnant une récidive, fut sondé, mais trouvé libre de pierre. Mourut en 1853, non d'affection calculeuse, mais d'apoplexie.

38:o. Mr Willgren, facteur de pianos, 53 ans, domicile Stockholm, supporta patiemment ses souffrances toute une année avant de se faire sonder. La pierre, d'acide urique, était d'une dureté excessive, de sorte que je dus employer un très-gros instrument. Ce néanmoins, le patieut fut délivré et rétabli totalement en 24 jours et après 10 séances. Malgré les souffrances auxquelles il dut se soumettre vu la dureté de la pierre, il resta en pleine santé et put sortir journellement à l'exception des jours d'opération. L'urine n'avait aucune trace de mucus et encore moins de pus.

J'ai fait, non-seulement dans ce cas-ci, mais dans d'autres encore, l'expérience heureuse tant pour l'opérateur que pour le patient, que les pierres les plus dures se trouvent ordinairement dans les vessies complètement saines.

39:o. Mr le docteur C.-J. Hartman, de Gefle (Gestricie), 59 ans, corps bien nourri, même légèrement boursoufflé, jouissait, à part une affection rémittente du cou.

d'une assez bonne santé jusqu'à ce qu'il fut saisi d'une colique néphrétique en 1846 aux bains de mer de Warberg (Suède méridionale). Ce ne fut que 2 ans plus tard qu'il commença à sentir des symptomes de calcul. Il ne découvrit toutefois ses souffrances à personne, pas même à sa femme, laquelle se méfiant de quelque chose dès que les douleurs augmentèrent, se tint éveillée la nuit pour voir en quoi le mal consistait, le surprit enfin sur le fait, et parvint, non sans peine, à lui faire accepter le secours de l'art. Lui-même, qui ne soupçonnait pas la présence de la pierre, manifesta le plus grand étonnement, lorsque M. le Dr Saeve, passant par Gefle en juillet 1849, le sonda et lui annonça qu'il était calculeux. Comme M. le Dr Hartman est très-avantageusement connu par ses ouvrages et surtout par son »Manuel de médecine», et que par conséquent l'on ne peut lui reprocher un manque de connaissances dans les affections de ce genre, cette ignorance de sa propre maladie doit sans doute être expliquée par la singulière tendance qu'ont quelques personnes de chercher à se faire, jusqu'au dernier moment, illusion sur leur maladie, et d'éviter aussi longtemps que possible de se procurer une certitude à cet égard. Après deux explorations faites à Gefle par M. Saeve, il se manifesta dans la vessie une irritation considérable accompagnée d'écoulement de mucus, et le patient eut de légères attaques de fièvre; la langue était sèche, la soif grande, l'inquiétude considérable. Tout cela le décida, dès qu'il fut un peu remis, à se rendre par vapeur à Stockholm. Il vint à moi, et l'examen découvrit une pierre très-grande mais pas trop dure. Huit jours ayant été employés à un traitement préparatoire par l'introduc-

tion de sondes, l'irritabilité de l'urètre et de la vessie diminua beaucoup et l'amélioration de l'état général du patient me permit de procéder le 4 août à la première séance, dans laquelle la pierre fut saisie à 12 lignes de diamètre. Le jour suivant un violent frisson se déclara, la fièvre vint avec ses symptomes ordinaires et accompagnée d'un fort écoulement d'urine muqueuse et très-alcaline. Pour remède interne, le patient reçut de l'acide nitrique. La fièvre continua presque sans interruption pendant une semaine, de sorte que la 2:ème séance n'eut lieu que le 14. Après cette séance, les besoins d'uriner devinrent plus fréquens. A la demande même du patient, je lui donnai une poudre, très-estimée et souvent employée par lui, consistant de $^1/_4$ gr. d'opium, $^1/_4$ gr. d'ipecacuanha, plus du sucre, laquelle administrée toutes les 2 ou toutes les 3 heures lui procurait toujours quelques heures de calme. La 3:ème séance eut lieu le 16; elle fut suivie d'un violent frisson, accompagné d'une transpiration abondante, à laquelle succéda un peu plus de tranquillité; mais le pouls continua néanmoins sa fréquence (110-120), et la langue resta sèche et rude. Son état commença dès-lors à montrer du danger, et je me trouvai, comme dans quelques cas précédents, dans cette situation si pénible pour le lithotriteur, où l'on est forcé de choisir entre les deux alternatives d'augmenter encore l'irritation existante en continuant l'opération, ou de laisser dans la vessie la cause la plus directe du mal. Le patient, comprenant lui-même qu'il ne pouvait trouver de vrai soulagement que dans l'enlèvement de la pierre, demanda la continuation de l'opération, à laquelle je procédai le 18, le 21 et le 23.

Il ne se présenta plus de frisson, mais la fièvre devint continue. Le 25, voulant essayer de nouveau d'introduire la sonde, les souffrances furent si violentes que je dus y renoncer. Le 26 et le 27, la condition purulente de l'urine ne put plus être méconnue. Le 28, à 4 h. du matin, je fus appelé en toute hâte: le patient m'annonça que tout écoulement d'urine avait cessé, et qu'il ressentait au bas-ventre, principalement autour du nombril, des douleurs tranchantes par lui comparées à celles qu'aurait produites du plomb fondu tombant goutte à goutte. J'essayai d'introduire une sonde pour vider l'urine, mais il n'y en avait maintenant plus une seule gouttes dans la vessie. Je priai alors M. le Dr Malmsten de m'accompagner chez le malade, dont je prévis immédiatement la fin prochaine; d'après les conseils de M. Malmsten, j'ordonnai pour calmer les souffrances, un lavement de térébenthine, $^1/_4$ gr. de morphine, toutes les 2 heures, de la glace pour rafraîchir la bouche, et je fis poser une »ceinture de Neptune" sur le bas-ventre. Ce nonobstant, les symptomes cysto-péritonéaux continuèrent, et à $5^1/_2$ h. de l'après-midi le patient mourut.

A l'autopsie, qui fut faite l'après-midi du lendemain, la paroi abdominale et la paroi antérieure de la vessie se trouvèrent adhérentes à un point tel qu'elles durent être séparées par la section; le péritoine était à plusieurs endroits épaissi, couvert de stries rouges; la cavité abdominale renfermait un léger épanchement de matières tant séreuses que purulentes. La vessie ayant été enlevée avec beaucoup de précaution, nous découvrîmes vers le sommet de la paroi postérieure un amincissement considérable de cette

paroi, et, au milieu de cet amincissement, à la membrane séreuse un petit trou, par lequel sortaient à la pression de minimes grains de détritus. Les deux reins étaient enveloppés d'une couche adipeuse fort épaisse. Le rein gauche, très-lâche, avec bassinet dilaté, le droit, plus grand, avec bassinet encore plus dilaté et rempli de pus. La vessie ne fut pas ouverte, mais je l'envoyai pour analyse plus spéciale à l'Ecole de Chirurgie de Stockholm. Voici le rapport de M. le Prof. A. Retzius: "La vessie du Dr Hartman contenait quelques onces de pus mêlé d'urine, outre la pierre et les fragments qui en avaient été brisés. Plus de la moitié de la pierre était broyée. Cinq ou six grands fragments ainsi qu'une assez grande quantité de détritus fin se trouvaient dans la vessie. La pierre est dure et d'une construction grave dans ses suites; l'un des côtés (probablement le côté supérieur) est couvert de dépositions prismatiques saillantes. Cette structure est, à n'en pas douter, très-dangereuse, pour la vessie, et la pierre, surtout après son broiement partiel, a dû présenter une surface au plus haut point inégale et raboteuse. Le pis de tout était toutefois la perforation au sommet de la vessie. Elle avait été produite par un abcès sous-péritonéal, qui s'était aussi ouvert intérieurement, et avait vidé la plus grande partie de son pus dans la vessie. Outre l'endroit perforé, il se trouvait un abcès plus grand encore, qui n'avait pas encore pénétré la paroi vésicale, mais qui avait presque entièrement rongé la couche musculaire. Ces abcés ont évidemment empêché la vessie d'expulser les fragments broyés, soit par la désorganisation profonde des muscles du sommet, soit par la douleur

née de la pression et des essais de contraction de la partie attaquée et des parties environnantes. C'est à coup sûr la présence de cette affection qui a rendu dès le principe la situation de M. Hartman et l'opération si douloureuses, tout en paralysant la sortie des fragments et du détritus. Le pus entré dans la vessie avait commencé à attaquer les parois, lesquelles montraient déjà des traces d'ulcération. La vessie était au reste épaisse et trabeculée, et la valvule prostatique grande à l'excès. Le rein, envoyé avec la vessie, était couvert d'une épaisse couche adipeuse et son bassinet se trouvait dilaté.»

Suivant toute évidence, la grande pierre, qui consistait d'acide urique combiné avec du phosphate ammoniaco-magnésien (Hamberg), et qui avait une forme toute particulière, étant comme couverte de stalactites, avait durant son long séjour dans la vessie provoqué par irritation les abcès découverts à la paroi vésicale. La partie de cette paroi couverte par le péritoine, après avoir été amincie au plus haut degré par les efforts d'uriner, s'étant enfin rompue, avait causé l'épanchement du pus dans la cavité abdominale, puis la péritonite et enfin la mort. L'on ne peut révoquer en doute que l'affection depuis longtemps existante à la paroi vésicale, n'ait été augmentée par les sondes et l'application des autres instruments lors de l'opération même. L'opération qui n'aurait probablement pas eu lieu si l'on avait pu soupçonner l'état des choses, a donc, d'après ma conviction, accéléré mais non précisément provoqué ces graves symptomes; on doit les attribuer par conséquent à une longue négligence de l'affection, et à des circonstances constitutionnelles caractérisées

en peu de mots par le malade le matin même de sa mort: "*Vous avez*", nous dit-il, à M. le Dr Malmsten et à moi, "*un méchant sujet pour la lithotritie.*"

40:o. Mr le pasteur Feltström, 62 ans, Norrland, arriva à Stockholm en automne 1849, pour chercher un remède à ses souffrances dans les voies urinaires. Les recherches ayant découvert une pierre, je proposai au patient de me suivre à Södertelje, où j'allais faire moi-même une cure d'eau de Graefenberg. Il y consentit, et dans mes moments de loisir je lui enlevai sa pierre d'acide urique, dont le plus grand diamètre ne mesurait que 8 lignes. 4 séances, dans l'espace d'une semaine, ayant suffi, le patient s'en retourna, immédiatement après, joyeux et content, vers le Nord.

41:o. Antoine-Gustave Janson, 13 ans, élevé aux Enfants-Trouvés, fils d'un ouvrier de la fabrique de porcelaine de Rörstrand près de Stockholm, avait, au dire de sa mère, éprouvé, depuis l'âge de 6 ans, de la difficulté à lâcher l'urine, laquelle toutefois s'écoulait souvent involontairement pendant la nuit. Reçu au grand Hospice des Enfants-Trouvés, il fut envoyé de là en 1846 à l'Hôpital des Séraphins, pour y être opéré d'une hydrocèle. Durant son séjour à l'hôpital, il reçut des avertissements continuels de la garde-malade de ne pas «mouiller le lit»; mais ne s'étant probablement pas plaint de douleurs considérables dans la vessie, personne n'y fit attention. Il en fut de même à sa sortie de l'hôpital. Le mal empira cependant, les douleurs à la miction devinrent permanentes; l'incontinence d'urine se renouvela chaque nuit, ce qui lui attira non seulement de vertes

réprimandes, mais encore force coups du contre-maître de la fabrique de bas où il était entré en automne comme apprenti.

Enfin au commencement de l'hiver les douleurs devenant insupportables, sa mère vint à moi, et, en décembre, je parvins après 5 ou 6 explorations à découvrir la pierre.

Quoique ce jeune garçon n'eût pas plus de 13 ans, et fût par conséquent un sujet bien jeune pour la lithotritie, je saisis toutefois avec plaisir cette occasion, la première qui se présentât à moi, d'essayer la lithotritie, même chez des enfants. Les petits instruments que j'avais apportés de Paris dans ce but spécial, et qui jusqu'ici étaient restés sans emploi, me vinrent fort à propos. L'orifice de l'urètre étant plus étroit que d'ordinaire, je fus forcé de le dilater préalablement au moyen de *l'uréthrotome de Civiale*, et des bougies introduites et laissées à demeure procurèrent un passage suffisant à l'écoulement futur du détritus.

Dès que la plaie eut été cicatrisée, je procédai au 1:er broiement, le 9 février 1850. La pierre fut saisie à un diamètre de 7 lignes de Paris. L'instrument employé était celui de *Charrière* N:o 0, le plus fin percuteur qu'il fabrique. Il répondit effectivement fort bien au but, quoiqu'il fallût employer beaucoup de force pour briser la pierre assez dure d'acide urique.

Une légère quantité de détritus fin sortit sans difficulté dès la 1:ère séance, et une quantité plus considérable s'écoula avec tout autant de facilité les 2 séances suivantes, le 9 et le 11 février. A la 4:ème séance,

ayant peut-être commis la faute de faire une injection un peu trop forte dans la vessie, savoir 4 onces d'eau, je sentis en essayant d'ouvrir l'instrument, une constriction si violente, provenant problablement de crampe au col de la vessie, que, comme fermé par force, il lui fut impossible de saisir la pierre. Le patient souffrant fort à mes manoeuvres et sentant en outre un besoin irrésistible de lâcher l'eau, je jugeai nécessaire de retirer immédiatement le percuteur, ce qui n'eut pas lieu sans peine, et de remettre la séance à une autre fois. Je ne me souviens pas d'avoir rencontré un cas pareil dans toute ma pratique.

Le 17 février, la tentative fut renouvelée, et alla des mieux. Le 19, je saisis un autre morceau d'une grosseur de 5 à 6 lignes, et tout annonçait qu'il ne restait plus que peu de chose à faire. Me réjouissant de ce que cette 6:ème séance eût si bien réussi, j'étais près de quitter la chambre, lorsque le jeune garçon, immédiatement au sortir du lit, et pendant qu'heureusement j'étais encore là, poussa, en lâchant l'eau injectée, un cri violent, en disant que "*quelque chose s'était arrêté dans le canal.*" C'était pour lui un accident extraordinaire, car les petits fragments des séances précédentes étaient sortis sans causer de bien grandes douleurs. Les souffrances les plus atroces suivirent immédiatement, le pauvre enfant suait, était aux abois, sans qu'une seule goutte d'urine pût sortir. A la pression du canal, je sentis qu'il s'était arrêté, immédiatement derrière le scrotum, une pierre d'un volume trop considérable pour pouvoir être, sans la plus grande difficulté, ramenée en avant ou repoussée en arrière. Je courus prendre chez moi tous les instruments que je pos-

sédais pour l'extraction de la pierre fixée dans l'urètre, et dont jusqu'ici je n'avais pas fait usage *une seule fois* dans ma propre pratique. (Cela sert en quelque sorte à prouver que les cas où des fragments de pierre s'arrêtent dans l'urètre, sont bien loin d'être aussi communs qu'on pourrait le croire en théorie). J'acquis toutefois maintenant l'expérience que la lithotritie peut être chez les enfants accompagnée d'accidents graves qui la rendent infiniment plus difficile que chez les adultes. J'essayai premièrement la *curette articulée de Leroy*, et réussis à dépasser la pierre et à visser la cuiller; mais la traction occasionna au patient des souffrances si insupportables, que, de crainte de déchirer la membrane muqueuse et le corps caverneux de l'urètre, je me vis forcé de dévisser la cuiller et d'extraire l'instrument. J'eus maintenant recours à une épaisse sonde d'argent ordinaire dans l'espérance de pouvoir repousser la pierre dans la vessie, mais elle resta immobile. J'employai ensuite la *pince de Hunter*, puis l'instrument de *Labat* destiné à repousser la pierre dans la vessie par injection forcée d'eau agissant simultanément avec la pression de l'instrument lui-même. Tout fut en vain. Ces tentatives avaient déjà duré $^3/_4$ d'heure en causant d'horribles souffrances au pauvre enfant. Enfin me souvenant du précepte de *Civiale*, je me décidai, quoiqu'il en coutât, à faire plutôt sortir par force le fragment, qu'à le laisser rester plus longtemps et causer assurément de plus grands désordres encore. Je réintroduisis donc, non sans une forte hémorrhagie de l'urètre, la *curette de Leroy* au-delà de la pierre, que je réussis à saisir fortement, et je tentai une traction *forte* dans le vrai sens du mot, tout en ayant

la précaution de pincer avec le pouce et l'index de la main gauche l'urètre derrière la pierre, afin de le soutenir et de prévenir par cela même une rupture éventuelle. Après avoir travaillé quelque temps, j'eus enfin la satisfaction de sentir la pierre se déplacer un peu, et des tractions réitérées firent enfin sortir ce fragment anguleux et d'un volume assez grand. Pour calmer l'inflammation violente qui ne manquerait pas de se déclarer à l'urètre, et pour arrêter l'hémorrhagie, je mis immédiatement au périnée des compresses froides qui furent continuées sans interruption. A part une douleur cuisante à la miction, il ne se manifesta toutefois aucun symptôme dangereux, et le 3:ème jour, croyant pouvoir introduire la sonde sans péril, je reconnus à ma grande joie que la pierre qui nous avait si cruellement tourmentés tous deux était la dernière. La vessie était vide, et à part une légère irritabilité dans l'urètre, le patient se trouva rétabli complètement après 6 séances, exécutées dans l'espace de 3 semaines.

Ce moyen violent de faire sortir la pierre sera sans doute, et avec apparence de raison, blâmé comme cruel et dangereux au plus haut point par mainte personne jugeant *a priori* de ce cas difficile; j'avoue moi-même que si je n'avais eu pour gouverne que l'autorité verbale ou écrite de *Civiale* sur le peu de danger relatif de ce procédé, j'aurais en vérité eu de fort grands scrupules, et je n'aurais probablement osé suivre ses prescriptions. Mais me souvenant de l'avoir de mes propres yeux vu, à l'Hôpital Necker, employer lui-même dans un cas semblable, sur un garçon de 9 ans, une violence *égale* sinon *plus grande*,

et cela sans suites désastreuses, je crus pouvoir suivre le conseil donné par lui à un médecin américain, lequel se permit à la même séance une objection contre ce procédé trouvé cruel par chacun de nous: "J'avoue", répondit Civiale, "que votre remarque peut *paraître* juste, et qu'elle peut l'être comme *règle;* toutefois s'il vous arrive jamais de vous trouver dans le même cas, je vous conseille de faire ce que j'ai fait, plutôt que de temporiser; car croyez-moi: je n'ai durant une longue pratique jamais vu de suites bien dangereuses de la traction même très-violente d'une pierre hors de l'urètre, mais j'ai vu souvent, par contre, *les suites les plus funestes*, pour l'y avoir laissée, même seulement quelques heures."

42:o. Mr le Pasteur Forsström, 54 ans, souffrait depuis 8 ans de colique des reins, mais ne ressentait que depuis 9 mois des symptomes de pierre dans la vessie. Nonobstant une irritabilité générale très-grande, ainsi que la crainte du patient pour l'opération, Mr F. fut, l'été de 1850, délivré en deux séances et en moins d'une semaine, sans aucun accident fâcheux, de ses deux petites pierres d'acide urique. Il s'en retourna fort joyeux dans sa patrie (île d'Åland, Grand-Duché de Finlande), et n'a jamais eu de récidive connue de moi.

43:o. Mr H.-H. Aspegren, commerçant, Stockholm, 61 ans, demanda au printemps de 1850 à être sondé pour symptomes de pierre ressentis, quoique sans trop de douleurs, depuis une année environ. Une violente fièvre intermittente, avec plusieurs récidives, survenue pendant l'été, retarda l'opération jusqu'au 17 octobre. La pierre fut alors saisie à 5 lignes. Cette 1:ère séance fut suivie

de frisson accompagné d'une fièvre légère, plus de l'enflure et de l'endolorissement d'un des testicules. La crise se calma en quelques jours, et la 2:de séance put avoir lieu le 21. Nouvelle fièvre avec délire violent, toutefois sans caractère sérieux et appaisée par un régime calmant. Cependant une nouvelle séance ne put être tentée que le 1 novembre. La fièvre se présenta de nouveau, avec urine muqueuse, légèrement sanguinolente. L'exploration ne put être tentée que le 14 novembre, dès que le patient fut un peu mieux: la vessie était vide. Le malade fut donc délivré de sa pierre en 3 séances, quoique le traitement eût duré près d'un mois. Acide urique.

44:o. Mr Wallenström, intendant de forges, Gestricie (Suède septentrionale), me consulta en octobre 1850 pour mal de la pierre qui, d'après ses calculs, datait d'une année. Age 63 ans, caractère taciturne, humeur irritable. Fut très-inquiet dès que je lui eus annoncé la présence de la pierre; se plaignit surtout du désagrément de rester à Stockholm seul et séparé de sa famille durant la saison froide. S'étant enfin, après maintes hésitations, décidé à rester pour subir l'opération, je commençai par 3 ou 4 explorations préparatoires qui n'eurent aucune suite fâcheuse et me permirent de procéder le 10 septembre à la 1:ère séance, dans laquelle la pierre fut saisie à 4, 3 et 2 lignes. Aucune suite désagréable ne s'étant non plus manifestée, et une assez grande quantité de détritus étant sortie sans difficulté, la seconde séance put être tentée déjà le 12 octobre. La pierre fut alors saisie à 6, 4 et 3 lignes. Tout se passa également bien, la 3:ème séance eut lieu

le 14, et la pierre fut saisie à 7, 4 et 3 lignes. Le patient alla des mieux ce jour-là; mais le jour suivant, comme il était sorti pour prendre l'air, l'ayant rencontré devant sa demeure, je lui demandai comment il se trouvait: "*Fort bien, à tous égards*", me répondit-il, "*si ce n'est qu'hier au soir j'ai commencé à éprouver immédiatement au-dessus du genou droit une sensibilité accompagnée d'une légère douleur.*" Le jour suivant, je découvris à ma stupéfaction une enflure inflammatoire sans cause connue, accompagnée de douleur et de tension, située sous la *fascia lata*, très-profondément entre les muscles, commençant à quelques pouces au-desssus de la rotule, et s'étendant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. La jambe et le pied étaient en outre atteints d'œdème au même côté. Quant à l'œdème, l'expérience des hommes de l'art le reconnaît assez fréquent dans la lithotritie, et sa présence n'est pas considérée comme bien dangereuse; d'un autre côté je n'avais jamais vu auparavant ce phénomène d'une immense tumeur à la cuisse, dont parlent rarement du reste les auteurs qui ont écrit sur la lithotritie. L'abcès en question ne pouvant être attribué à une violence extérieure, je crois qu'on ne peut le considérer que comme consensuel, c'est-à-dire provenant de l'irritation causée dans les voies urinaires par les instruments et le détritus sorti.

Cet incident désagréable me força naturellement de remettre indéfiniment l'opération, d'autant plus que toute mon attention dut désormais se fixer sur la nouvelle affection. L'enflure augmenta journellement avec violence et par ses douleurs aiguës et pulsatives causa de grandes

souffrances au malade. Des cataplasmes chauds furent appliqués. Bientôt la santé générale commença à être fortement affectée. Déjà le 3:ème jour après la naissance de la tumeur, il se déclara une fièvre violente et continue, avec langue chargée, soif, constipation, etc. Je prescrivis, suivant les circonstances, des laxatifs, des lavements, de l'acide phosphorique, etc. La tumeur qui, grandissant toujours, s'étendit enfin jusqu'à l'aine, était parvenue le 12:ème jour à un degré de maturité suffisant pour oser l'ouvrir, quoique la fluctuation ne pût être qu'imparfaitement sentie. Faisant dans la peau une incision de 3 pouces, j'ouvris la *fascia lata* tendue au plus haut point; il en sortit au moins une demi-bouteille de pus véritable, mêlé d'un peu de sang des lèvres de la plaie. Si d'un côté les souffrances et les douleurs se calmèrent beaucoup, de l'autre, les forces diminuèrent sensiblement. Le 29 oct., le pouls des deux bras était très-irrégulier; le 30, le patient se trouvait dans un état comateux, mais se plaignait parfois d'une violente douleur au talon droit, chose du reste assez ordinaire. Le 31, pouls calme, égal, langue douce au toucher; la nuit, peu de sommeil. Le 2 novembre, langue rude, sèche comme de l'écorce; prescrit émulsion camphrée. La douleur au talon disparaît après l'usage de compresses fomentatives. Le 4 nov., état général meilleur; mais des vomissements pénibles et intermittents de glaires commencent à se déclarer. Langue toujours sèche; camphre continué. Le 9, quelque sommeil pendant la nuit; voix rauque, difficulté de parler. Pour combattre les vomissements continus de glaires, l'on applique un sinapisme sur l'estomac, l'on donne des poudres

gazifères, et pour boisson, de l'eau de soude carbonatée. La plaie de la cuisse prend peu à peu un aspect satisfaisant; la suppuration, d'un caractère bénin, paraît vouloir cesser. L'état général présentait aussi simultanément une apparence d'amélioration, les forces semblaient revenir, le malade essaya de se lever et de passer ses journées hors du lit; la langue s'améliora et même l'appétit eut l'air de reparaître. J'ordonnai maintenant du vin coupé d'eau, et de la gelée de caraghène, le matin. L'humeur restait toutefois abattue, et le pouls se montrait, surtout le soir, plus rapide que normal; en outre les vomissements de glaires faisaient mine de ne vouloir jamais cesser. Le patient commença toutefois à parler de continuer l'opération, mais je fis la sourde oreille, ne voulant y procéder que les forces complétement revenues. Quoique préparé à une longue convalescence, je croyais pouvoir me livrer aux meilleures espérances sur le rétablissement du patient, lorsque, le 23 nov. à 3 h. de l'après-midi, je reçois tout-à-coup la nouvelle qu'une attaque de frisson a eu lieu, et que l'état a empiré. A mon arrivée, je trouvai le patient à peu près à l'agonie; le pouls était faible, rapide, à peine sensible, la sueur gluante; le râle s'était déjà déclaré. Cet état dura jusqu'à 8 h. du soir: alors le malade expira.

Les scrupules des parents m'empêchèrent, malgré tous mes efforts, de procéder à l'autopsie, si désirable sous beaucoup de rapports. Les fragments sortis après les 3 séances consistaient d'acide urique.

45:o. Mr Lagerqvist, de Norrköping (Ostrogothie), propriétaire de forges, 60 ans, caractère sombre. Souffrait de calcul depnis 2 ans, mais sans trop de tourments,

quoique parfois l'urine se montrât sanguinolente, surtout lors de courses en voiture. Le patient arriva à Stockholm le 18 octobre 1850, et, le 19, l'examen par la sonde découvrit immédiatement une pierre qui me parut grande et dure. La tentative ne gêna nullement le malade, quoiqu'une légère hémorrhagie se déclarât durant et immédiatement après l'opération. Le patient consentit à la lithotritie, mais annonça qu'il lui était nécessaire de retourner préalablement à Norrköping pour une affaire importante, savoir *l'élection d'un pasteur*. Arrivé au port de Riddarholm, débarcadère des vapeurs du Mälar, il trouva, à son grand désappointement, qu'il avait manqué le bateau; mais jugeant indispensable sa présence à Norrköping dans le but mentionné plus haut, il partit immédiatement en voiture à fond de train (1). Quelques jours après, savoir le 25, il revint par eau. Le trouvant quelque peu fatigué de cette course forcée, je le laissai reposer 2 jours avant d'entreprendre une nouvelle exploration. Le 28, j'introduisis une sonde et fis une injection d'environ 4 onces d'eau, laquelle fut retenue sans peine par la vessie. Le patient continua à se porter parfaitement bien et sortit prendre l'air l'après-midi. Le 29, nouvelle injection, suivie de l'introduction du percuteur, non pour saisir la pierre, mais seulement dans le but d'habituer l'urètre à l'instrument. Cela eut lieu, sans douleur, avec la plus grande facilité; mais l'après-midi je reçus un message que le malade avait eu un accès violent de frisson, et je le trouvai le soir en pleine fièvre. Le 30,

(1) La distance entre Stockholm et Norrköping est de 16 milles de Suède, soit environ 160 kilomètres, ou 36 anciennes lieues de France.

il se plaignit de chaleur cuisante à la miction, surtout au passage de l'urine par l'orifice de l'urètre, autour duquel et dans lequel je remarquai une enflure œdémateuse à laquelle je n'avais pas fait attention auparavant, et que du reste je voyais pour la 1:ère fois comme suite du cathétérisme. Je prescrivis des fomentations autour du gland, et pour calmer la fièvre, je fis administrer un lavement, et donner abondamment à boire. Le 1 novembre, la fièvre paraissait sans doute légèrement diminuée, et l'enflure autour de l'orifice de l'urètre avait presque totalement cessé, mais la langue continuait à rester chargée, le pouls était accéléré le soir, l'appétit avait complétement disparu : en un mot, le groupe entier des symptomes de la fièvre ordinaire se dessina peu à peu. Cette fièvre assez souvent observée par moi, et peu crainte en général, vu sa transition fréquente à l'état de santé, me parut de prime abord assez suspecte dans ce cas-ci: elle n'était pas, comme je l'avais vu jusqu'ici, la suite de l'un des premiers broiements où l'irritation produite par l'écoulement des fragments peut en être considéré comme la cause naturelle, mais elle avait été immédiatement provoquée par deux seules explorations bénignes. Craignant que le patient, qui était d'une constitution irritable, ne souffrît en outre d'un mal organique, dans les reins par exemple, ce qui aurait peut-être pu être la cause de la fièvre, et tirant de cette supposition le pressentiment d'une issue fatale, j'appelai M. le Dr Malmsten en consultation. Les fébrifuges ordinaires, sel ammoniac, acide phosphorique, camphre, etc., que j'avais employés dès le principe, furent continués, appuyés d'infusion d'Ipécacuanha, pour combattre les évacua-

tions alvines fréquentes qui venaient en outre de se déclarer. Contre le météorisme, des linges humides furent appliqués autour du bas ventre. Impossible de découvrir d'affection rénale nettement déterminée; mais le ventre resta gonflé comme un tambour, la langue très-sèche, et le tout fut aggravé finalement d'un état comateux presque continu, avec une sueur froide abondante. Ce fut sous l'empire de ces symptomes, après environ 4 semaines de maladie, que le patient décéda paisiblement le 25 nov. à 6 h. du soir.

A l'autopsie, le bas-ventre fut trouvé considérablement distendu par du gas; le foie gorgé de sang, d'une couleur plus sombre que de coutume, ça-et-là couvert de petits points plus clairs de la grosseur d'une lentille, et que l'incision montra remplis de pus; les reins très-lâches, gorgés de sang, celui de droite presque en dissolution. A l'incision, il s'écoula du bassinet une humeur grisâtre, ténue et floconneuse. La vessie légèrement adhérente à la paroi abdominale. Au côté gauche de la vessie, autour de la prostate, un grand clapier purulent, occupant de ce côté presque tout le tissu cellulaire du petit bassin. La vessie elle-même, petite, rétrécie, trabeculée, et ses parois épaissies. La pierre (acide urique) avait 15 lignes de Paris de longueur, 12 de largeur et 8 d'épaisseur.

46:o. Mr Gerdlund, second pasteur de la paroisse d'Underåker, province de Jemtland (Suède septentrionale), 60 ans, avait dès le mois de novembre 1849 ressenti des symptomes de gravelle, et depuis une année environ, de calcul vésical. Après avoir correspondu avec moi et reçu le conseil de venir à Stockholm, il se décida à faire en traîneau ce long voyage (400 kilom.); mais le traînage

n'étant bon que jusqu'à Gefle, il dut faire le reste de la route en cariole de paysan. Arriva néanmoins en parfaite santé fin de janvier 1851, fut sondé, et le calcul découvert. Du 6 au 17 février, par conséquent en 11 jours, et en 5 séances, il fut délivré de son fardeau, et s'en retourna immédiatement dans ses foyers. La pierre, mesurant 11 lignes dans son plus grand diamètre, consistait d'acide urique.

47:o. Mr Weser, commissaire de la Banque de Suède, 69 ans, Stockholm, avait souffert 5 ans de gravelle, mais ne ressentait que depuis 8 mois des symptomes de calcul vésical. Fut opéré en 1851, et en 2 séances, dans l'espace d'une semaine, libéré de sa pierre d'acide urique. A peine une année plus tard (1852), il lui survint une récidive, résultant peut-être de la forme particulière de la vessie. (Voyez les remarques). Fut de même délivré complètement, en 1 semaine et 2 séances, et la pierre ne s'est plus reproduite.

48:o. Mr Hellström, commerçant, Stockholm, 54 ans, se plaignit à moi, en 1851, de difficulté à lâcher l'urine. Les symptomes étaient toutefois très-indécis, vu que le patient se trouvait en même temps gêné d'un engorgement considérable de la prostate, pour lequel je dus sonder de temps en temps pendant toute une année sans pouvoir découvrir de pierre. Enfin cela me réussit, mais grace seulement à de nombreuses injections d'eau, et à l'introduction du percuteur, entre les branches ouvertes duquel la pierre s'engagea et fut de cette façon découverte. L'enlèvement de ce corps, vu l'engorgement et la dilatation en forme de poche de la prostate, exigea 7 séances, accompagnées de difficultés

nombreuses, surtout à l'introduction de l'instrument, laquelle ne réuisissait guère que lorsque le patient se tenait debout. Presque chaque séance était suivie d'un frisson violent. La pierre, dont l'aspect rappelait du sucre candi, était de couleur jaune clair, et suivant Mr le D:r Hamberg, consistait de phosphate ammoniaco-magnésien. Un écoulement chronique de mucus eut lieu avant et après les séances. Cette maladie permanente de la vessie et par suite la tendance de cette dernière à former de nouveaux phosphates m'engagea à préparer le patient à une récidive. Elle eut effectivement lieu en avril 1852. La pierre, de la même espèce que l'année précédente, fut cette fois-ci broyée en 4 séances. En novembre de la même année, nouvelle récidive. La concrétion disparut en 3 séances. Dès-lors le patient s'est assez bien trouvé, et je n'ai plus eu de récidive à traiter.

49:o. Mr Bergman, commerçant, 62 ans, Gothembourg, commença dès 1834 à ressentir des douleurs aux reins, et fut de temps à autre délivré de petites pierres; vers l'automne de 1850, il ressentit une grande difficulté à la miction. Ne prit que du Millefeuille, de l'Uva Ursi et du Séné. Nommé député à la diète, il partit en octobre de la même année pour Stockholm, où il fut traité toute une année pour son affection des reins. Malgré l'apparition d'un léger catarrhe de la vessie aucun examen ne fut mis en question, et le patient repartit pour Gothembourg au commencement de décembre 1851.

A la rentrée de Mr B. dans ses foyers, son gendre, Mr le D:r Lang, soupçonna toutefois la présence du calcul vésical. Il proposa le cathétérisme, découvrit sur le champ la pierre,

et conseilla le retour immédiat à Stockholm. Les vapeurs venaient de cesser leurs courses, et les essais que le patient fit de monter en voiture furent suivis de douleurs telles qu'il fut impossible de penser à ce mode de locomotion. Les douleurs, compliquées du catarrhe de la vessie, augmentèrent de plus en plus, et l'irritabilité générale de l'humeur ne permettant pas d'attendre jusqu'au printemps, je fus invité à me rendre à Gothembourg pour y faire l'opération. Mon temps ne me permit toutefois d'obtempérer à cette invitation que vers la fin de février 1852.

A mon arrivée, je trouvai l'humeur du patient très-abattue; il était tourmenté de besoins incessants d'uriner, et son urine déposait une masse assez considérable de mucus. Après un ou deux jours de traitement préparatoire, les séances commencèrent le 1:er mars. Je découvris la présence d'au moins deux pierres excessivement dures. Les séances continuèrent dès-lors sans accidents, avec 2 ou 3 jours d'intervalle entre elles, suivies d'un écoulement considérable de détritus d'acide urique. A la 6:ème, cependant, il se présenta une difficulté dont jusqu'ici je n'avais jamais fait l'expérience. Après 4 ou 5 prises, dans lesquelles la pierre avait toujours été parfaitement saisie, et après avoir comme d'ordinaire, avant de retirer l'instrument, refermé suffisamment les branches par quelques coups de marteau, j'avais déjà, quoiqu'avec une légère difficulté, dépassé la partie prostatique et j'étais entré dans la partie membraneuse de l'urètre, lorsque la résistance devint tout à coup si grande, que le percuteur ne bougea plus. Je supposais au commencement que la cuiller (je me servais, comme à l'ordinaire, d'un *ramasseur*) était trop remplie de fragments;

mais le nombre des lignes de l'instrument (3 seulement) me démontrait que ce n'était pas le cas. Des coups de marteau réitérés n'eurent aucun effet. Repousser l'instrument dans la vessie rencontrait presque la même impossibilité. Il me semblait en outre dommage de lâcher une bonne récolte que je tenais si bien. Je tentai donc une traction plus violente. Encouragé par ma réussite dans le cas N:o 41, j'employai une violence assez considérable, et je pus enfin, non sans douleur pour le malade, retirer, grace à des tractions réitérées, l'instrument et son contenu, lesquels avaient éprouvé une nouvelle et puissante résistance dans la fosse naviculaire.

Impatient de découvrir la cause de cette difficulté toute nouvelle pour moi, j'examinai immédiatement la cuiller, et je découvris 3 fragments de pierre disposés en feuille de trèfle, engagés entre les branches de l'instrument, dont ils dépassaient les bords d'au moins 1½ ligne. La pierre était très-dure, et ses pointes saillantes fort aiguës; cela causa, comme on peut le penser, une lésion assez grande de la muqueuse de l'urètre, suivie d'une hémorrhagie passablement forte, qui s'arrêta toutefois bientôt. J'attendais maintenant de violents symptomes. Un quart d'heure après la séance, un frisson violent se déclara. Le patient fut immédiatement placé dans un bain entier chaud, puis s'alla coucher. Les besoins d'uriner devinrent très-fréquents; fièvre le soir. J'ordonnai alors un laxatif oléagineux, ainsi qu'un lavement d'infusion de lin avec de la teinture d'opium. La nuit, forte transpiration; au matin, le patient était faible, sans doute, mais infiniment mieux que je n'avais osé l'espérer. La réaction redoutée dans l'urètre

ne se déclara pas du tout, même les jours suivants, de sorte que 3 jours après je pus procéder à la 7:ème séance. Tout alla désormais à souhaît, et avec la 10:ème séance, le 21 mars, (par conséquent en 3 semaines), les pierres étaient totalement brisées et le patient rendu à la santé. Le plus grand diamètre dans lequel les pierres furent saisies fut 8 lignes de Paris. Mr Bergman a dès-lors joui d'une bonne santé; pour la fortifier, il se rendit en 1854 aux eaux de Carlsbad. Lors d'un séjour à Gothembourg, en août 1855, je le sondai, mais ne trouvai aucune pierre.

50:o. Mr le major de Printzenskjöld, 53 ans, Néricie, frère du malade N:o 22, arriva à Stockholm en 1852, ressentant depuis 3 mois des symptomes de calcul. Une seule séance, immédiatement entreprise, suffit pour le délivrer de sa pierre d'acide urique et d'oxalate de chaux. Le jour suivant, le patient repartit, contre mon avis, par vapeur, pour Örebro. D'après le rapport de Mr le D:r Hallberg, qui le suivait et le traita ensuite, il eut, à sa rentrée au foyer domestique, une légère fièvre qui dura quelques jours. Depuis ce temps, il a joui d'une fort bonne santé et n'a ressenti aucun symptome de récidive.

51:o. Mr Blomberg, intendant, de Kungsör (Néricie), 62 ans, était tourmenté de souffrances calculeuses depuis deux ans et demi, durant lesquels des hémorrhagies fréquentes avaient été provoquées par des courses en voiture ou des marches forcées. Enfin il vint chercher guérison à Stockholm. A chacune des premières explorations, la perte de sang fut si grande que je commençais à soupçonner la présence d'excroissances fongueuses ou

autres autour du col de la vessie. Je trouvai bientôt toutefois que ces hémorrhagies avaient dû dépendre de ce que je serais tenté de nommer une irritation et un boursoufflement de la muqueuse, d'autant plus qu'elles cessèrent d'elles-mêmes dès que la vessie se fut habituée aux instruments. Après 15 jours de traitement préparatoire, les séances, au nombre de 9, commencèrent le 1 novembre et finirent le 19 décembre. La pierre, désormais entièrement enlevée, mesurait dans sa plus grande dimension 13 lignes de Paris. Elle consistait d'acide urique pur.

L'urine continua toutefois à être muqueuse, et une année après, en 1853, le malade eut une récidive. A son arrivée à Stockholm, l'urine qui s'écoulait était toujours chargée de mucus et de sang. La pierre, consistant exclusivement cette fois-ci de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, fut broyée en 11 séances, du 2 ou 23 novembre. Le patient a dès-lors joui d'une bonne santé.

52:o. Mr le général d'Arbin, 68 ans, Stockholm, souffrait depuis fort longtemps de catarrhe de la vessie compliqué d'un engorgement considérable de la prostate. En 1853, il se plaignit de difficultés d'uriner plus grandes que de coutume. Je le sondai, et découvrfs la présence de la pierre. En 2 séances dans l'espace d'une semaine (le 15 et le 17 mars), je broyai une petite concrétion consistant de phosphates. La vessie malade n'en alla toutefois pas mieux.

Il revint en août de la même année avec une nouvelle concrétion dont 2 séances le débarrassèrent. En 1854, plusieurs récidives. Même cas en 1855; les phos-

phates se formaient avec une rapidité telle que presque tous les 2 ou tous les 3 mois le percuteur avait à en détruire un ou plusieurs. Ce palliatif aidé d'injections put du moins procurer quelque soulagement. Quant à la guérison, inutile d'y penser. Mort de phthisie en 1856.

53:o. Mr Carlqvist, assesseur, Stockholm, 65 ans. Dès 1851, le patient ressentit des symptomes de gravelle et fut délivré de temps en temps de petites concrétions; mais ce fut seulement en octobre 1852 qu'il remarqua des symptomes de calcul vésical. Le patient, qui n'avait jamais été malade, était nerveux et sensible à un degré excessif: aussi le cathétérisme ne put-il avoir lieu qu'à l'aide du chloroforme. L'opération elle-même se montra aussi chaque fois impraticable sans l'intervention de ce soporifique. Elle fut toutefois terminée en 8 séances. La 6:ème fut suivie d'une orchite qui disparut cependant après 15 jours de cataplasmes et de compresses réchauffantes. Le traitement ne dura pas moins de 6 semaines, savoir du 22 avril au 2 juin, l'irritabilité outrée du patient nécessitant souvent des intervalles de 4 à 5 jours entre les séances. La pierre consistait d'acide urique. Aucune récidive jusqu'ici (1857).

54:o. Mr Zander, juge de 1:ère instance, 60 ans, Norrköping (Ostrogothie), souffrait depuis 2 ans de douleurs intenses lors de l'évacuation de l'urine, laquelle s'écoulait chargée d'une forte masse de glaires. Le médecin prescrivit contre cette affection les bains de mer de Marstrand (côte occidentale), auxquels il se rendit en 1853. Aucune amélioration ne s'étant déclarée, le patient vint en automne à Stockholm, pour y réclamer les

secours de l'art. La vessie fut trouvée déjà souffrante d'une atonie touchant presque à la paralysie, de sorte qu'elle ne pouvait que grace à l'introduction de la sonde répétée 5 ou 6 fois par jour, être débarrassée de son urine gluante, mêlée de sang et continuellement chargée de concrétions calcaires. 3 séances, du 16 au 20 octobre, suffirent à délivrer le malade du mortier rassemblé dans la vessie. Un fait assez extraordinaire est que la secrétion glaireuse diminua immédiatement après cela, et disparut si bien, qu'en peu de jours l'urine fut entièrement claire. Toutefois, pour vider la vessie, la sonde dut être employée au commencement une ou deux fois par jour, mais elle devint bientôt superflue. Le patient, qui était arrivé ici en fort mauvaise santé, s'en retourna le 29 octobre, sain et content. Est revenu dèslors chaque année pour s'assurer s'il n'y avait pas récidive, et chaque année les résultats de l'examen ont été à sa parfaite satisfaction.

55:o. Mr le lieutenant-colonel Blom, Stockholm, 62 ans, santé générale affaiblie, humeur irritable et peu endurante. Avait souffert durant plusieurs années de chute de l'anus, avec saillies saignantes hémorrhoïdales que, vu sa crainte des douleurs accompagnant l'opération, on ne put jamais l'engager à faire enlever. Les symptomes calculeux dataient déjà d'une année, lorsqu'il me fit sonder sa vessie en hiver 1852. La grande sensibilité de l'urètre, me força de procéder à un traitement préparatoire qui dura 3 semaines. 3 tentatives furent faites durant ce laps de temps pour saisir la pierre avec un percuteur ordinaire, et je dus alors, ainsi que pour les séances proprement dites, employer le chloroforme. Vains efforts: la pierre n'était

pas libre, mais se trouvait comme suspendue à la paroi antérieure de la vessie. Cette circonstance, je l'ai remarquée assez souvent: quoique passablement difficile à expliquer, elle paraît toutefois provenir de ce que la pierre, enserrée dans un pli de la vessie par suite d'une contraction partielle de la membrane musculaire, se trouve de cette façon empêchée de tomber au fond du vase cystique.

Le 2 décembre, j'employai un instrument fabriqué par *Stille* (Stockholm) d'après celui du professeur Pagano de Milan, dans lequel les pinces des deux branches sont d'égale longueur quand on ouvre l'instrument. Saisie et broiement immédiats de la pierre. L'inquiétude, la prostration morale, un malaise général, quoique sans fièvre, se déclarèrent presque sur le champ, et durèrent plusieurs jours, de sorte que la 2:ème séance dut être renvoyée jusqu'au 14 décembre. La 3:ème et la 4:ème eurent lieu le 17 et le 22; elles se passèrent sans accidents désastreux, et le patient semblait se remettre quelque peu, lorsqu'après une promenade faite la veille de Noël par un temps humide qui lui attira sans doute un refroidissement, il se sentit très-mal, eut le frisson, avec oppression autour de l'épigastre. Le jour de Noël, la fièvre était complètement développée, le pouls rapide, la langue déjà sèche, le ventre sensible, la somnolence considérable. Prescrit: acide phosphorique; sinapismes sur l'épigastre. L'après-midi, hoquet et vomissements; état totalement comateux, qui continua jusqu'au décès du malade, le 27 décembre.

Résultats de l'autopsie: Vessie saine, contenant environ 2 gros de pierre non encore broyée; les deux reins

flasques; dans le parenchyme, de petits abcès purulents. La cause de la mort était donc, comme dans maints autres cas, un collapsus occasionné par la pyémie provenant de l'absorption du pus des reins.

56:o. Mr Frodin, trésorier, 58 ans, Stockholm, constitution faible et nerveuse à l'excès, humeur hypocondriaque, avait eu auparavant une ou deux fièvres nerveuses violentes, mais ne ressentait que depuis mai 1854 des souffrances dans les voies urinaires. Je constatai la présence d'une pierre; mais la vessie, contractée et de petites dimensions, était irritable au point de se refuser complètement à retenir l'eau injectée. Je fis donc pendant plusieurs jours des injections préparatoires d'infusion de lin et de décoction de pavot. Ces explorations bien que légères provoquèrent toutefois un catarrhe de la vessie, avec fièvre tenace, laquelle dura 3 semaines et laissa après elle une faiblesse et une prostration inquiétantes; aussi quoique le 1:er examen eût eu lieu le 15 octobre, je ne pus procéder à l'opération avant le 18 décembre, et encore sous des auspices peu favorables. Mais, à mon grand étonnement, le patient se remit si bien après cette fièvre,qu'il supporta beaucoup mieux tant les cathétérisations que les autres séances; celles-ci purent désormais avoir lieu presque tous les 2 jours.

Le 8 janvier 1855 fut le jour de la 10:ème et dernière séance. Le catarrhe de la vessie disparut peu à peu, la santé s'améliora, et la pierre ne revint plus. La plus grande dimension observée avait été 9 lignes. Acide urique. L'été venu, le patient se rendit aux bains de Porla (Suède moyenne), et s'en trouva fort bien.

57:o. M. le baron d'Ehrencrona, 60 ans, Ostro-

gothie, ressentait, depuis longtemps déjà, des souffrances à la miction, lorsqu'il fut sondé par moi et trouvé calculeux au printemps de 1853. Il n'avait jamais été malade un seul jour de sa vie, devait à la nature une humeur éminemment tranquille, et montrait en tout un calme voisin de l'apathie. L'avertissement de la vraie nature de son mal eut si peu d'effet sur lui, qu'il attendit, avec la plus grande indifférence, près de 2 ans avant de se soucier de faire quelque chose pour s'en débarrasser. En janvier 1855, les souffrances l'ayant sans doute fait sortir de cette singulière apathie, il revint, chez moi, fut de nouveau sondé, et je découvris la présence de plusieurs pierres. La 1:ère séance eut lieu le 7 février. La pierre fut saisie à un diamètre de 17 lignes; tout se passa bien ensuite, et les fragments s'écoulèrent avec facilité. La 2:ème séance eut lieu le 10 février; rien de notable non plus. 3 jours après seulement, c'est-à-dire le 13, survint un malaise léger, accompagné de constipation, laquelle disparut après l'emploi de l'huile de ricin et d'un lavement. Le 14, fièvre légère, langue sèche; acide phosphorique administré. A 8 h. du soir, le patient avait l'usage entier de ses sens et, grand amateur de la chasse, racontait à son entourage ses exploits dans cet art; il resta très-calme jusqu'à minuit, lorsque son fils, qui couchait dans la même chambre, commença à s'apercevoir que sa tête s'embrouillait et qu'il perdait l'usage de la parole. Le 15 au matin, de trés-bonne heure, je trouvai le malade totalement privé de ses sens; les pupilles étaient dilatées, la respiration stertoreuse, le pouls faible et lent.

Mr le Dr Böttiger, immédiatement appelé, s'efforça avec moi d'arrêter le mal; tous les remèdes ordinaires furent essayés, mais l'état empira toujours: à 7 h. du soir le patient n'était plus.

Résultats de l'autopsie: Sur presque tout l'hémisphère gauche du cerveau, extravasation de sang abondante entre la dure et la pie mère; un peu d'eau dans les ventricules. La vessie saine, contenant 5 grandes pierres d'acide urique. Les reins très-flasques, le gauche lardé de petits abcès purulents. Le foie hypérémique.

Cette mort si subite et si inattendue était donc, à coup sûr, la suite d'une *apoplexie.* L'apoplexie avait-elle été provoquée de quelque manière par l'opération? et celle-ci peut-elle être regardée par conséquent comme ayant avec l'apoplexie des rapports de causalité? voilà ce que je ne me crois pas à même de décider. Quelques auteurs prétendent sans doute avoir vu des opérations lithotritiques réagir sur le cerveau, et ce cas-ci semblerait étayer d'une nouvelle preuve la véracité plus ou moins problématique de leurs assertions. Toutefois, si même l'état général d'éréthisme provoqué par l'opération peut avoir de quelque manière prédisposé à la congestion cérébrale, je serais d'avis, quant à moi, d'en rechercher la cause la plus prochaine dans le refroidissement que le patient s'était attiré probablement le jour après la seconde séance; car dans la promenade permise par moi, au lieu de se revêtir d'un touloup, comme je le lui avais prescrit, il sortit en simple paletot par une température de - 20° centigr. (Voir le cas suivant).

58:o. Mr le major Rosenlindt, 53 ans, Stock-

holm, a toujours souffert d'une humeur particulière, étrange, hypocondriaque, qui, au dire de ses proches, avait il y a quelques années dégénéré plusieurs fois en démence. Le patient était en outre goutteux d'ancienne date, et à un degré tel que la plupart des articulations de ses doigts étaient couvertes de noeuds de la grosseur de petites pommes de terre. Commença, en 1854, à ressentir des douleurs à la miction, fut, en janvier 1855, sondé par moi et trouvé calculeux. La prostate était légèrement agrandie; du reste rien de remarquable, si ce n'est que la pierre se présentait comme suspendue.

A la 1:ère séance, le 31 janvier, la pierre fut saisie à 8 lignes; les fragmens d'acide urique sortirent sans encombre, et le patient se sentit mieux, quoique son humeur fût singulièrement inquiète et agitée. Après la 2:ème séance, le 3 février, tout alla à souhait; le patient, qui était un fort marcheur, continua ses promenades, chaudement vêtu, vu le froid, qui s'élevait à -22^0 C. Appétit excellent. Le mardi 6 février, il commença à se plaindre de douleurs dans l'articulation de l'orteil gauche, douleurs qu'il assurait provenir de la pression d'une galoche trop étroite. Cette articulation se montra, à l'examen, souffrante, enflée, rouge et luisante, comme dans les cas d'arthrite. Il fut dès-lors forcé de garder la chambre, ce qui l'ennuyait grandement. Après touche préalable avec la pierre infernale, je posai des cataplasmes sur l'orteil. La nuit du 9, survint un délire violent dans lequel le patient s'élança hors du lit, jeta de côté sa garde-malade, brisa 4 vitres, et ne fut que difficilement empêché de se jeter par la fenêtre; puis il demanda ses rasoirs, dans l'intention évidente de se couper la gorge.

Je priai maintenant M. le Dr Böttiger de me suivre chez le malade, dont nous trouvâmes le pouls extrêmement rapide, le visage en feu, le regard farouche, et l'abdomen violemment météorisé. Prescrit: acide phosphorique, ventouses scarifiées sur la nuque, ceinture de Neptune sur l'abdomen. Le 11, nuit inquiète, sans sommeil. Après de violentes douleurs au pied, la tumeur ayant enfin mûri, elle fut ouverte, et laissa écouler du pus louable. L'urine était claire, mais rouge et saturée. La morphine administrée chaque soir par dose d'un demi-grain, sans effet. Même résultat négatif de l'application de glace sur la tête, de sinapismes, etc. Tout fut inutile. La fièvre continua sans interruption, avec langue sèche, délire, sueur gluante, etc., jusqu'à la mort, le 22 février.

A l'autopsie, nous trouvâmes les membranes cérébrales très-épaissies; entre la dure et la pie mère, exsudation séropurulente considérable; la substance du cerveau particulièrement hypérémique. Le coeur sain, de même que les poumons. Les reins flasques, décomposés, presque comme pourris. La rate gorgée de sang. Nous découvrîmes aussi un fait assez remarquable, savoir que toute l'articulation de l'orteil se trouvait déjà, quoiqu'après un temps si court, attaquée par la carie, sous la tumeur ouverte.

Il paraît évident ici qu'une arachnite chronique, en voie de se former depuis plusieurs années, agissait en dessous comme cause morbide prédisposante, quoique personne ne puisse nier que cette affection n'ait reçu un développement rapide pendant le cours de l'opération, sou sl'influence d'une température peu favorable.

N'ayant pas remarqué jusqu'ici que la saison ou qu'une température plus ou moins élevée eût exercé une influence funeste sur l'issue des opérations lithontriptiques, je n'avais jamais cru devoir éviter une époque quelconque de l'année, à l'exception toutefois de la partie la plus chaude de l'été; ayant de même constaté l'influence bénigne des promenades en plein air dans les jours d'intervalle, je les avais toujours permises aux malades lorsque les circonstances le permettaient. Maintenant, avec l'expérience que l'on paraît pouvoir retirer de ces deux cas-ci, je me crois dorénavant forcé de procéder d'une manière plus prudente sous les deux rapports que plus haut, surtout si le froid parvient à l'intensité de 1855, l'un des hivers les plus rigoureux depuis nombre d'années. Cette prudence me paraît d'autant plus fondée, qu'il m'est impossible de ne pas attribuer au froid violent, auquel les patients s'étaient exposés, une part principale à l'issue malheureuse de ces deux cas, dans l'espace d'une même semaine.

Enfin le dernier cas nous montre un nouvel exemple de suppuration, cette fois-ci à l'articulation de l'orteil, produite par la lithotritie.

59:o. Mr le lieutenant Nordell, des grenadiers d'Ostrogothie, 43 ans, commença dès 1852 à ressentir des douleurs qui trahissent ordinairement la présence du calcul; ces douleurs, compliquées d'un catarrhe bénin de la vessie, empirèrent toutefois considérablement au printemps de 1855, et devinrent insupportables vers l'été, lorsqu'il dut suivre à pied son régiment au camp de Ladugårdsgärdet (Stockholm). Le patient, d'humeur trés-inquiète,

et redoutant l'opération, eut de la peine à y consentir. Le 30 juin toutefois eut lieu la 1:ère séance, dans laquelle la pierre fut saisie à 5 lignes de Paris. Le jour suivant, mouvements fébriles légers, qui disparurent cependant sous l'influence d'un laxatif. 2:ème séance, le 5 juillet (8 lignes). Après 2 séances ultérieures, l'opération, trouvée par le malade infiniment moins douloureuse qu'il ne se l'était imaginé, fut terminée le 11 juillet, et Mr N., complétement guéri, retourna immédiatement dans ses foyers. La pierre consistait, d'après l'analyse de Mr le D:r Hamberg, de sel fusible ordinaire, c'est-à-dire de phosphates.

60:o. Mr Atterbom, 65 ans, professeur de l'Université d'Upsal (Upland), et poète distingué, souffrait depuis 1847 d'un catarrhe pulmonaire chronique avec expectoration abondante; les symptomes calculeux dataient par contre de 2 ans et demi; mais comme de longs intervalles de tranquillité survenaient parfois entre les douleurs éprouvées á la miction, cet homme toujours rêveur et d'un esprit aussi peu pratique que possible n'avait pas voulu écouter les conseils de son médecin: "il s'était" comme il l'avouait lui-même, "bercé dans ses illusions", et ne croyant pas son affection dangereuse, avait continuellement renvoyé de se faire sonder. A son arrivée en juin 1855 à Stockholm, où l'intensité de ses souffrances le forçait enfin de venir, il avait le corps amaigri, l'humeur affaiblie, découragée. L'examen découvrit plusieurs pierres; la sécrétion de l'urine était alcaline, muqueuse.

J'hésitai beaucoup au commencement à l'égard de

l'opportunité de l'opération, le sujet étant si faible, les poumons malades, les pierres nombreuses; mais réfléchissant toutefois qu'une déclaration de ma part sur *l'impossibilité de l'opération* n'aurait été regardée par une personne aussi sensible que lui, que comme une espèce de condamnation à mort, appréciant surtout la nécessité immédiate d'un allégement des souffrances, je résolus de procéder avec la prudence la plus grande, et commençai par un traitement préparatoire, lequel dura du 1 au 12 juin, jour de la 1:ère séance. Issue heureuse, les fragments s'écoulèrent sans peine. Animé par l'espérance d'une amélioration prochaine, le patient commença à reprendre courage, et se trouvait si bien que la 2:ème séance put avoir lieu déjà le 14. Le catarrhe pulmonaire continuait sans doute, mais le patient s'en souciait peu. Les forces paraissaient renaître légèrement, le malade pouvait se promener presque journellement sur la place de Charles XIII. Les séances subséquentes eurent maintenant lieu, le 25 et le 27 juin, le 2, le 5, le 9, le 12 et le 16 juillet. Tout était allé jusqu'ici mieux que je n'avais osé l'espérer, et d'aprés toute apparence, l'opération paraissait près de sa fin, lorsqu'après consommation d'un verre de lait d'amandes très-froid le patient fut saisi le 17 d'un enrouement violent. La bronchite commença immédiatement à augmenter; la fièvre se déclara; le catarrhe de la vessie empira; l'urine déjà alcaline, se montra parfois légèrement sanguinolente; puis vint l'état comateux, enfin une mort tranquille, le 21 juillet à 9 h. du soir.

Résultats de l'autopsie faite par M. le D:r V. Lundberg et moi: Les 2 poumons adhérents en total, et avec

force, à tout le thorax, le gauche hypérémique, le droit induré, et attaqué dans sa partie inférieure d'une bronchectasie avancée. Les deux reins d'un relâchement morbide; dans le gauche, de petits abcès; dans le bassinet du rein droit, une pierre de la grosseur d'une fève. La muqueuse vésicale, grise, veloutée, mais sans ulcérations. Il ne restait guère qu'un tiers environ de toute la masse de détritus, brisée en petits fragments, le tout d'acide urique.

Le cas présent est un de ceux où le collapsus a été la suite presque immédiate d'une affection des reins empirée par l'opération, et dont l'issue devait être à coup sûr fatale, même sans prendre l'affection pulmonaire en considération.

Vis-à-vis d'un tel cas, mainte personne se trouvera sans doute, et peut-être non sans cause, autorisée à dire "que l'opération était ici contre-indiquée, et n'aurait jamais dû être entreprise." J'avoue que l'objection peut paraître juste et fondée à quelques égards; j'ajouterai même que le sujet aurait dû être immédiatement renvoyé, si l'on ne se considère jamais lié à opérer d'autres personnes que celles reconnues dans des circonstances favorables au traitement, si, pour tout dire, on détermine le choix de ses patients d'aprés la supputation des résultats plus ou moins beaux, plus ou moins flatteurs. On me concédera toutefois que le médecin a aussi le devoir de recourir parfois à un remède incertain, plutôt que d'abandonner le malade à des souffrances dont le dénouement inévitable est la mort; et cela doit a plus forte raison se faire, lorsqu'il s'agit du calcul vésical, affection qui en elle-même doit être presque toujours considérée moins comme une maladie, que comme

un produit morbide des reins le plus souvent attaqués dans ce cas avec plus ou moins de gravité. Ce degré de gravité, si même la *présence* de l'affection pouvait être découverte par l'analyse physico-chimico-microscopique la plus exacte, ne pouvant être, à coup sûr, dans l'état présent de la science, déterminé que d'une manière approximative et incertaine au plus haut point, personne ne pourra nier dès-lors qu'il ne se trouve parfois des cas, où l'on se voie forcé malgré soi d'opérer, quoique les apparences du succès paraissent plus que douteuses.

Le cas qui va suivre peut être considéré comme le pendant de celui-ci; il montrera combien la diagnose est à cet égard difficile, sinon presque impossible, avec quelle facilité l'on peut aussi se tromper dans la prognose, à quel degré, lorsque les reins sont sains ou du moins peu attaqués, l'on peut parfois et contre toute attente réussir dans ses efforts, quoique l'état, tant local que général, ne présente rien que contre-indications; il montrera enfin, à quelles méprises l'on peut se laisser aller souvent, en prenant pour règle de renvoyer sans exception et immédiatement, comme incurable, un malade sur le rétablissement duquel on n'a que de bien faibles espérances. J'arrive maintenant à l'historique de ce cas.

61:o. Mr Holmers, inspecteur des écluses de Mem, Ostrogothie, 63 ans, sujet long et maigre, mais d'une constitution au reste assez vigoureuse. Quoiqu'il eût ressenti dès 1845 des symptomes de gravelle, ce fut toutefois seulement en 1851 que des douleurs commencèrent à accompagner la miction. Depuis 3 ans, il ne pouvait uriner qu'à l'aide d'une sonde, la vessie étant

complètement paralysée; l'urine était invariablement fétide, glaireuse et chargée de détritus ressemblant à du mortier. Il avait gardé dernièrement et sans interruption le lit durant 13 mois, sur l'avis de ses deux médecins, lesquels attribuaient le mal à un engorgement de la prostate. N'ayant pu découvrir de calcul après des tentatives réitérés, ils avaient, pour combattre le mal supposé, appliqué plusieurs fois des sangsues au périnée, des ventouses sur le sacrum, fait dans la vessie des injections d'acide nitrique étendu de matières mucilagineuses, etc., et soumis le patient à une diète très-basse. Enfin, totalement émacié par ce traitement, il s'en vint à Stockholm, au commencement de juin 1855, dans l'intention de chercher entrée à l'Hôpital des Séraphins.

L'exploration opérée par Mr le professeur Santesson constata que la prostate était dans son état normal, mais la vessie, par contre, remplie de pierres. Mr S. étant à la veille d'entreprendre un long voyage, et ne pouvant, pour cette cause, se charger du malade, il me le remit dans un état presque désespéré.

Il ne me fut pas difficile non plus de découvrir le calcul dans la vessie petite, contractée, épaissie, et remplie, dans le vrai sens du mot, de plusieurs concrétions calculeuses entassées les unes sur les autres. Je trouvai en outre un catarrhe cystique très-avancé; un ténesme vésical violent accompagné de contorsions convulsives, se déclarait enfin à la miction, laquelle, de son côté, ne pouvait avoir lieu qu'au moyen de la sonde. C'est grace à cet instrument que plusieurs fois par heure le malade se déchargeait d'une urine alcaline fétide, glaireuse, et parfois striée de sang. L'insomnie qui tourmentait Mr H.

déjà depuis plusieurs mois, était à peine allégée par de grandes doses d'opium. Pour combattre la constipation au plus haut point tenace et entretenue justement par ce remède, l'on devait employer journellement des pilules de coloquinte et de jalap; ces drogues alternant avec l'opium étaient pour ainsi dire la seule chose que consommât le patient, car l'appétit avait depuis longtemps disparu; en un mot, l'état général du malade présentait quelque chose de si déplorable, que j'étais près de l'envoyer mourir dans ses foyers. Après de longues réflexions, je me décidai à tenter l'opération, ayant toutefois fait promettre au malade de se soumettre à tout avec patience, et de rester à Stockholm durant l'hiver, au cas que l'opération l'exigeât, et que ses forces ne lui fissent pas défaut dès le principe. La vessie étant affectée d'une paralysie totale, je ne pouvais par conséquent espérer de recevoir après chaque séance d'autres fragments que ceux renfermés dans le ramasseur; l'état général affaibli de la santé me faisait soupçonner qu'il serait nécessaire de mettre de longs intervalles entre les séances, et j'avais la conviction positive que la cure, même dans le cas le plus favorable, ne pouvait être qu'excessivement longue.

Ce fut donc sous les plus tristes auspices que l'opération commença le 18 juin. Une grande pierre fut saisie à 18 lignes, et le mortier entassé dans le ramasseur enlevé. Les douleurs étaient considérables, l'inquiétude grande. Toutefois, à mon étonnement, l'état n'empira pas: le malade parut au contraire se ranimer légèrement, lorsqu'il put voir de ses propres yeux un échantillon de l'affection sur la nature de laquelle on s'était si longtemps trompé.

La nuit fut plus calme que les précédentes; et qui pourra se figurer ma satisfaction lorsque le jour suivant il se trouva assez bien pour qu'à sa demande le broiement pût être renouvelé? Mêmes résultats satisfaisants. Concluant de là que le malade était, malgré sa mauvaise mine, doué d'une certaine "ténacité vitale" et qu'il supportait extraordinairement bien les manoeuvres opératives, j'abondonnai dans ce cas-ci mes principes, renouvelai presque chaque jour les séances, très-courtes toutefois, et j'eus peu à peu la joie de voir l'état général s'améliorer. Emploi journalier de ceinture de Neptune et de lavements d'eau froide; tous les purgatifs drastiques, ainsi que l'opium, complètement bannis. Sa femme, dont je ne dois pas oublier la coopération active au traitement, m'aida à faire une ou deux fois par jour, dans la vessie des injections soit d'eau tiède, soit de décoction de guimauve ou d'infusion de lin mêlées d'acide nitrique; ce procédé aida grandement au progrès du rétablissement. Le catarrhe de la vessie en fut considérablement diminué, l'appétit et les forces revinrent peu à peu, et le 27 août, après 9 semaines seulement, mais pas moins de 34 séances, j'avais entièrement nettoyé la vessie de son accumulation pierreuse consistant de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien. Le patient resta quelque temps encore à Stockholm et but chaque matin, durant sa convalescence, quelques verres d'eau de Wildung à la place de Charles XIII.

La paralysie de la vessie continua malheureusement: impossible de faire sortir une seule goutte d'urine autrement que par la sonde, qui, d'après toute apparence était destinée à devenir désormais le *vade mecum* du patient.

En se rappelant le triste état où il était auparavant, il ne considérait toutefois cette circonstance que comme une chose secondaire, et se soumettait sans peine à ce petit désagrément, sentant sous tous les autres rapports son être rajeuni et fortifié. Le patient s'en retourna chez lui par le bateau à vapeur, avec le parti bien pris de s'en revenir immédiatement en cas de récidive, à la possibilité de laquelle, vu la condition de la vessie et de la pierre, je n'avais pas manqué de le préparer.

Deux mois après, je le vis revenir; il sentait de nouveau des cuissons dans la vessie. Une seule séance suffit à broyer le mortier nouveau. Il mourut à Stockholm, en février 1857, d'uro-pyémie, provoquée par l'absorption du pus des reins alors complètement gâtés.

Si, dans ce cas, j'avais agi d'après les indications ordinaires; si j'avais suivi ma première inspiration; si, me basant sur l'état général (car l'on ne pouvait ici pressentir en aucune manière la condition des reins), je m'étais laissé effrayer à ne pas oser tenter l'opération, j'en aurais à coup sûr très-mal agi envers le patient. Maintenant, par contre, grace aux reins suivant toute apparence peu ou point attaqués, loin d'empirer sous l'influence de l'opération, le patient se sentit allégé à mesure que les masses calcaires diminuaient, et bientôt il eut regagné un degré de santé dont lui-même, son entourage et les médecins qui l'avaient vu, et moi surtout, dont tout le monde en un mot avait, non seulement douté, mais encore totalement désespéré.

Les 49 malades traités par lithotritie mentionnés ci-dessus, avaient l'âge suivant:

1	était entre	10—20	ans;
4	se trouvaient „	40—50	„
14,	„ „ „	50—60	„
26,	„ „ „	60—70	„
4,	„ „ „	70—80	„
Total 49.			

A l'égard du temps durant lequel chaque malade avait, préalablement à l'opération, ressenti des symptomes de calcul vésical, on remarque une différence considérable, vu qu'il a varié de 6 semaines à 8 ans. — Si l'on recherche la moyenne du nombre des cas durant les 16 ans de ma pratique, on trouve qu'elle est d'environ 3 par an.

Concernant la composition chimique des pierres, les résultats donnés montrent que celles d'acide urique, parfois peut-être combiné avec une faible quantité d'autres sels, sont de beaucoup les plus nombreuses, car elles montent au chiffre considérable de 47. Trois étaient d'acide urique mélangé d'oxalate de chaux; 2, d'acide urique combiné avec des phosphates; 1, d'oxalate de chaux pur; 8, de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Si, d'un autre côté, l'on compare le nombre des guérisons à celui des décès, et que l'on trouve 7 décès sur 49 cas, le résultat ne paraît certes pas très-beau, puisqu'il montre 1 mort sur 7, chiffre qui se trouve de bien peu au-dessous de celui de la mortalité moyenne de la lithotomie, savoir 1 sur 5, et qui diffère grandement de celui donné par Civiale, 2 ou tout au plus 4 cas de décès

sur 100; toutefois cela ne prouve rien quand il est question d'un nombre aussi faible que le présent. Le rapport doit être suivant toute probabilité infiniment plus avantageux dès que l'on a affaire à des chiffres plus considérables, si même le résultat de l'opération ne peut être aussi brillant que dans les mains habiles de Mr Civiale.

Je pourrais maintenant toucher à une quantité de questions débattues entre les amis et les adversaires de la lithotritie; il eût de même été peut-être opportun de donner ici des préceptes sur les détails spéciaux de l'opération. Je crois toutefois pouvoir laisser de côté les règles spéciales sur le placement du patient, le choix et la manoeuvre des instruments, etc. etc. Toutes ces choses ont été maintefois scrupuleusement décrites, et l'on peut d'autant plus les passer sous silence, que les règles pratiques à en déduire ne s'apprennent que très-peu dans les livres; ce ne serait donc qu'une vaine redite de choses déjà bien connues.

Je crois donc qu'il sera plus intéressant de parcourir la série des phases et des circonstances que les chirurgiens ont généralement considérées comme étant dans une liaison intime avec l'opération lithontriptique, et qui, avec plus ou moins de raison, ou même sans raison, ont été mises sur le compte de cette opération. Aux invectives faites, trop souvent *a priori*, par les adversaires de la lithotritie, il est important de répondre d'une

manière purement pratique, de demander par conséquent aux faits eux-mêmes les indications conduisant à la constatation ou à la réfutation de certaines assertions qui ont longtemps contribué à placer la méthode sous un jour peu favorable.

C'est dans ce but que, m'appuyant sur mes souvenirs et sur ma propre expérience, quelque restreinte qu'elle soit, je vais chercher à éclaircir *les suites*, *les accidents*, *les difficultés* et *les dangers* regardés comme plus ou moins inséparables de la lithotritie. Je prendrai donc une à une les objections faites contre elle par ses adversaires à ces divers égards, dans le but d'en amoindrir, d'en déprécier les avantages, prônés parfois aussi peut-être d'une manière trop sanguine par quelques zélateurs.

Les plus importantes de ces objections me paraissent être les suivantes:

1:o. *La lenteur de l'opération.*

Cette lenteur ne pouvant être considérée tout au plus que comme un désagrément, dont le degré dépend de la grandeur et de la conformation physique de la pierre, l'on ne peut vraiment reconnaître qu'une importance secondaire à l'objection sus-dite. Si nous jetons les yeux sur les 42 cas qui ont eu une issue heureuse, nous trouvons que le total du temps nécessaire pour la cure et le rétablissement des 42 patients s'élève à 177 semaines, et que le total des séances monte á 393. Ces deux chiffres divisés par 42 montrent: 1:o, que la moyenne du temps nécessaire à chaque opération fait en somme ronde 4 semaines; 2:o, que pour chaque patient 9 séances environ ont été nécessaires. Parmi les circonstances qui ont contribué grandement à ce

résultat vraiment beau, l'on ne doit pas oublier toutefois le fait heureux, que dans pas moins de 6 cas (N:os 16, 22, 26, 29, 31 et 50) une *seule* séance a été nécessaire. Lorsqu'après une opération si courte il s'est présenté une fièvre qui parfois a duré une et même deux semaines, j'ai néanmoins, pour être aussi exact que possible, compris même ce temps dans mon calcul. Si maintenant l'on concède, d'un côté, que l'on ne peut tirer de conclusion générale de ces quelques cas, et qu'il serait erroné de vouloir d'après ce résultat déterminer le temps moyen nécessaire à l'opération lithontriptique, l'on peut dire, de l'autre côté, que l'accusation portée contre la cure, d'être ordinairement trop longue, n'en est pas justifiée par là, car un traitement qui exige *un mois seulement* en moyenne, ne peut pas être mis dans la catégorie des plus lents.

2:o. *Douleur continue, parfois considérable, pendant et après l'opération.*

Impossible, sans doute, de nier que la lithotritie ne soit douloureuse; mais les souffrances qu'elle occasionne ont une intensité bien différente chez des individus différents. A en juger par mes propres observations, ces douleurs sont en général supportables, parfois presque nulles (N:o 20, 28), parfois aussi, mais bien rarement, excessives (N:o 15). Et comme nous avons désormais le chloroforme à notre disposition, les souffrances peuvent tout aussi peu dans la lithotritie que dans d'autres cas, mettre un empêchement à l'opération. Je ne puis cependant me rappeler dans ma pratique que 3 cas (N:o 36, 53, 55) où l'emploi du chloroforme ait été indispensable et se soit vraiment trouvé

d'une utilité incalculable; dans tous les autres cas les douleurs n'ont pas été assez violentes pour nécessiter l'usage d'un remède qui, suivant moi, excellent dans les circonstances *difficiles*, ne doit cependant pas être employé sans discernement où il n'a que faire.

3:o. *La fièvre.*

J'ai vu assez souvent la fièvre se déclarer tant à la suite de simples explorations à l'aide de la sonde, qu'après l'introduction des instruments lithontriptiques et l'opération proprement dite. Ordinairement elle s'est montrée dès l'une des 1:ères séances, mais parfois aussi après la dernière (N:o 4). Dans la plupart des cas, loin de prendre un caractère sérieux, elle a disparu fort souvent au bout de 24 heures, par la transpiration; dans quelques cas elle s'est présentée sous un type rémittent, a duré des jours et des semaines (N:o 6, 13, 14, 16, 56), puis a disparu peu à peu, sans crises notables, et n'a par conséquent eu d'autres suites fâcheuses que l'interruption et la plus grande durée de l'opération. Dans un seul cas (N:o 21) elle s'est changée en une véritable fièvre intermittente, a eu des accès réguliers, et a été combattue avec succès par la quinine.

Ces fièvres ont accompagné jusqu'ici si fidèlement la lithotritie, qu'elles ont presque été considérées comme un des inconvénients à elle propres. Mais une autre question est de savoir de quel droit on a pu se permettre une telle assertion; car quelle opération chirurgique de quelque importance ne peut-on pas accuser de produire les mêmes effets ou des effets analogues? Chercher à ne présenter ces effets que comme une *simple coïncidence*, est tout aussi

peu juste que de les considérer comme se trouvant toujours en rapport direct avec une cystite *véritable* provoquée par les manoeuvres de l'opération.

J'ai eu plus d'une fois la preuve qu'une telle fièvre se déclare chez un sujet irritable même après le plus léger acte de la part du chirurgien, acte par lequel la vessie a cependant peu ou point souffert; d'autre part elle augmente d'intensité et de longueur lorsque l'irritation produite par le maniement trop brusque des instruments ou par l'écoulement abondant des fragments, a été grande. Le cas N:o 21 en est, entr'autres, une preuve des plus évidentes. De tout cela découle comme corollaire, qu'il est souvent en la puissance de l'opérateur, sinon de prévenir, du moins d'adoucir par la plus grande précaution possible dans la manoeuvre, et surtout par de *courtes* séances, l'apparition de cette compagne de la lithotritie, si désagréable toujours, si dangereuse parfois pour le patient.

4:o. *Difficulté d'uriner, rétention d'urine.*

A part les quelques cas où la pierre s'est arrêtée dans l'urètre même, ou ceux dans lesquels la vessie régorgeant de sang et de mucus manquait de force pour se décharger de son contenu, je n'ai jamais observé, comme suite de l'opération, de difficulté *réelle* de ce genre; car je ne puis considérer comme rétention l'état qui, le jour même de la séance, se déclare presque toujours après quelques heures ou vers le soir, et qui est occasionné par la pression de la pierre broyée sur le col si sensible de la vessie. Cette circonstance empêche, il est vrai, le patient d'uriner; elle lui cause même à l'ordinaire des tourments et de l'angoisse; mais elle est de peu d'importance, en ce qu'elle

est immédiatement annihilée par l'introduction d'une sonde un peu grosse, laquelle rejette les fragments de l'orifice intérieur de l'urètre dans la vessie. Ce moyen de soulager le patient ne doit au reste jamais être négligé après les 1:ères séances.

5:o. *Hémorrhagie de la vessie et de l'urètre.*

Cet accident arrive sans doute parfois, mais rarement sans que le chirurgien ait manié les instruments d'une manière un peu trop brusque; il doit donc être mis plutôt sur le compte de l'opérateur que sur celui de la méthode. Je n'ai rencontré que 4 fois ce qu'on peut véritablement appeler une hémorrhagie de la vessie. Les N:o 6 et 51 montrent deux cas dans lesquels je n'ai pas, que je sache, la moindre négligence à me reprocher, mais où l'hémorrhagie se déclara néanmoins; les N:o 26 et 32 sont par contre deux cas où l'hémorrhagie fut probablement provoquée par le maniement un peu brusque des instruments; je dois par conséquent m'en considérer comme la cause. Dans les deux premiers cas, et dans d'autres où l'hémorrhagie s'est déclarée sans la cause possible indiquée plus haut, je serais prêt à l'expliquer par la supposition que la muqueuse de la vessie, (en analogie complète, du reste, avec ce qui arrive parfois à celle de la bouche, du nez, de la matrice, etc.), se trouve dans un état irrité, gonflé, et qu'alors, sans qu'il y ait eu vraiment lésion, il suffit d'un attouchement ou d'une friction peu ordinaire pour causer une hémorrhagie plus ou moins considérable. Cette manière de voir me paraît, surtout lorsqu'il s'agit de la vessie contenant un corps étranger d'une nature aussi irritante que la pierre, me paraît, dis-je,

pour le moins beaucoup plus raisonnable que celle d'admettre la présence, autour du col de la vessie, des vaisseaux variqueux sur lesquels on a voulu rejeter la faute dans de tels cas, mais que l'autopsie n'a jamais pu faire découvrir.

Je n'ai du reste jamais remarqué d'influence funeste de ces hémorrhagies sur l'opération, ni d'interruption produite par elles dans le rétablissement du calculeux.

Pour l'hémorrhagie de l'urètre (N:o 41 et 49), voir plus bas: 16:o, Arrêt de calculs dans l'urètre.

6:o. *Cystite.*

A. *Cystite réelle.*

Ce dangereux accident dont la présence a été bienvenue de ceux qui ont voulu chercher cause à la lithotritie, et qui, par conséquent, a été représenté par eux comme l'une des suites les plus tristes et les plus fréquentes de l'opération, s'est toutefois rarement montré à celui qui ne veut voir les choses que comme elles sont, sinon parfois, peut-être, comme suite d'une violence grande de la part du chirurgien. Pour moi je n'ai jamais remarqué de *vraie cystite*, attaquant toutes les membranes de la vessie, avec forme aiguë et symptomes violents, après l'opération lithontriptique pratiquée sur un sujet sain. Par contre, lorsque la pierre elle-même, après un long séjour dans la vessie, a provoqué des suites telles que: abcès sous-péritonéaux dans la paroi vésicale (N:o 39), apostème dans la paroi abdominale devant la vessie, clapiers purulents dans le bassin ou autour de la prostate (N:o 45), désastres tous impossibles à découvrir d'avance; lorsque sans pressentir ces cas, j'ai procédé à l'opération, alors, malheureusement,

cela a été de l'huile versée sur le feu, et une cystite violente a précipité presque immédiatement le malade dans la tombe. Cette issue, du reste, même sans opération, ne se fait pas attendre longtemps; le N:o 2 en est un exemple.

B. *Inflammation de la membrane muqueuse vésicale.*

L'on a par contre, en général, quoiqu'à tort, considéré comme une cystite véritable cet état mitoyen fréquent de la muqueuse vésicale entre le catarrhe et l'inflammation, lequel ne s'étend pas aux autres membranes, montre dans son cours une forme plus chronique, et est suivi de douleurs aux mictions fréquentes dans lesquelles sortent de petites quantités d'urine mêlée d'un mucus glutineux, épais et parfois strié de sang. Simultanément avec ces douleurs, le malade continue assez souvent à fébriciter un peu, et peut passer parfois dans cette situation une ou plusieurs semaines, sans que son état général en souffre au reste beaucoup. Cet incident de la lithotritie est si général dans ses formes les plus bénignes, qu'il n'y a presque pas de cas où il ne se présente plus ou moins.

Ce qui a probablement contribué beaucoup à faire prendre cet état pour la cystite réelle, c'est la circonstance que si, lors de la présence de l'affection susdite, l'on palpe l'abdomen dans la région de la vessie, une telle pression provoque parfois une douleur sourde obtuse (N:o 21) ou du moins le besoin d'uriner; mais, au reste, ni les symptomes locaux ni les généraux n'atteignent une intensité considérable; le patient s'en remet ordinairement, quoique souvent avec lenteur. Dans la cystite réelle, au contraire, l'empi-

rement est bien plus prompt et les suites funestes ne tardent pas à se déclarer.

Un fait montre toutefois que cet état n'est pas dangereux en général, ou ne se comporte pas comme une véritable inflammation de la vessie: car toutes les fois que l'inflammation est provoquée par la lithotritie, elle s'améliore, surtout à l'égard de la secrétion muqueuse, et disparaît enfin justement par la continuation de l'opération; celle-ci doit donc, ce qui est assez remarquable, en être considérée comme le meilleur remède. Voilà en vérité un antiphlogistique assez curieux, dont l'effet comme tel ne peut être expliqué que de la manière suivante: il contribue à rendre à l'urine son cours ordinaire chez le malade, dont la vessie, par suite de la longue irritation produite par la pierre, n'a pu, durant un temps plus ou moins long, se décharger que d'une manière très-imparfaite.

Les cas N:o 13, 21, 52, 54 et 56 sont les plus remarquables des occurrences nombreuses dans lesquelles une inflammation de la vessie avec écoulement d'un mucus épais, parfois sanguinolent, s'est notablement améliorée après des séances réitérées, et dans lesquelles l'urine est devenue claire et libre de mucus, parfois même avec une promptitude étonnante.

7:o. *Péritonite.*

Il est difficile de comprendre, comme suite *directe*, la naissance d'une telle maladie; par contre j'ai observé comme suite *secondaire* une péritonite (N:o 39), résultant de la rupture d'un abcès formé dans la paroi vésicale, lequel épancha son pus dans la cavité abdominale avec des douleurs que le patient, médecin lui-même, comparait à celles

"que produirait du plomb fondu tombant goutte à goutte sur les chairs." Aussi l'inflammation provoquée par là dans le péritoine, se termina-t-elle en quelques heures par la mort.

8:o. *Néphrite*, sous une forme plus ou moins chronique; et

a) *Collapsus*, affection souvent combinée avec la néphrite. Cette dernière provient soit de l'empirement provoqué par des opérations renouvelées dans les voies urinaires, soit d'une affection organique intérieure, dans la plupart des cas, d'une maladie des reins bien déterminée.

Ces cas commencent souvent par un frisson ordinairement violent, mais quelquefois aussi passablement bénin, suivi de fièvre; la chaleur assez souvent grande et continue est rarement coupée par la transpiration. Cet état, lequel se présente dans le principe sous la forme gastro-nerveuse, dure parfois longtemps, sans que l'affection de la vessie se montre de quelque importance. C'est cela même qui fait soupçonner la présence d'une tout autre cause morbide, savoir l'affection d'organes intérieurs importants, et surtout des reins. Une grande prostration des forces, un empirement général, ne tardent généralement pas à se déclarer et à trahir le danger du mal qui, dès que l'état comateux est arrivé, finit, presque sans exception, tôt ou tard par la mort. C'est aussi dans les cas de ce genre que l'on trouve presque régulièrement, à l'autopsie, des destructions à gravité variable dans les reins, consistant, soit dans une congestion plus ou moins grande de sang, soit dans un ramollissement touchant presque à la dissolution, souvent dans de petits abcès dans la masse des

reins, ou dans la circonstance qu'un abcès considérable s'est épanché dans le bassinet; parfois enfin des dépôts purulents dans le voisinage des voies urinaires, comme autour de la prostate, dans les téguments du ventre, même dans la paroi de la vessie: le tout visiblement de date beaucoup plus ancienne que l'opération.

De ces sujets, impropres à la lithotritie comme à toute autre grande opération, il est d'autant plus impossible qu'un chirurgien n'en rencontre de temps en temps, que bien des patients tardent d'appeler le secours de l'art jusqu'à ce que la maladie soit arrivée à un point tel que même la moindre opération suffit facilement à éteindre la dernière étincelle de vie. Comment des opérations réitérées ne le feraient-elles pas à plus forte raison! — Ces sujets ne m'ont pas manqué non plus dans mon cercle d'activité: j'en puis indiquer comme exemples les N:os 45, 55, 57, 58 et 60.

b) De ces cas-ci se rapprochent encore ces faits obscurs, presque inexplicables, où les incidents les plus inattendus, dont jusqu'ici il a été tout aussi impossible de prévoir que de comprendre l'origine, le développement et les rapports, se sont déclarés immédiatement au commencement du traitement lithontriptique ou durant ce traitement même; ces faits enfin, où la mort a été si subite, si inattendue, que le chirurgien eut à peine, comme on dit, le temps de savoir où il en était. Ainsi Civiale raconte un cas où le patient mourut immédiatement après une première exploration. Rayer attribue dans les occurences de ce genre la mort à une néphrite; mais l'issue fatale ayant parfois été trop prompte pour qu'on y puisse

voir la suite d'une inflammation des reins, quelque rapidité que puisse obtenir cette dernière maladie, CIVIALE n'est pas de cet avis, sans toutefois oser donner lui-même une autre explication à ce phénomène extraordinaire.

Je n'ai jamais observé sans doute dans ma pratique une mort si rapide, mais le N:o 45 offre toutefois un fait presque analogue: après deux cathétérismes aussi bénins que possible, et avant que j'eusse pu commencer l'opération, le patient tomba dans une fièvre terminée par la mort au bout de quatre semaines (1).

(1) Un extrait du Journal de médecine suédois, *Hygiea*, mars 1856, page 187, peut aussi avoir place ici:

"Mr *Swalin* communiqua le cas suivant de *lithiase vésicale*. — N. N., *major au régiment d'infanterie d'Helsingland* (Suède sept.), 54 1/2 ans, domicile Gefle, avait depuis 9 mois environ ressenti des difficultés à la miction, et l'urine devenait en outre de temps en temps sanguinolente après des courses en voiture. Son médecin, soupçonnant la présence de la pierre, lui conseilla en automne 1855 de se rendre à Stockholm, afin d'obtenir par l'exploration une certitude complète. Il n'arriva toutefois qu'en janvier 1856, tant pour sa santé que pour affaires particulières. Les souffrances à la miction avaient légèrement augmenté.

Le patient était d'une stature forte, athlétique et remarquablement belle, et à en juger d'après les apparences extérieures, ce devait être un sujet complètement sain. Il disait avoir en général joui d'une bonne santé, à part une attaque de goutte dans l'articulation de l'orteil droit quelques années auparavant. Cette dernière circonstance ne paraissait toutefois nullement extraordinaire à ses connaissances de Stockholm, qui le savaient accoutumé à une diète très-succulente. Il avait en outre été durant assez longtemps tourmenté presque à chaque selle d'un prolapsus considérable de la muqueuse du rectum, avec écoulement abondant de mucus intestinal. Les mictions fréquentes étaient au reste la seule chose dont il se plaignit.

Le 8 janvier, sans injection préalable d'eau, eut lieu l'examen dans lequel la pierre fut découverte par la sonde de *Mercier*. Aucun obstacle ne se manifesta, à l'exception de celui présenté par la prostate, légèrement agrandie. Aucune goutte de sang ne se montra à la tentative, qui du reste eut lieu avec beaucoup de facilité et sans de trop grandes douleurs. Le patient n'en ressentant que peu de fatigue, il demanda la permission de se rendre le jour suivant chez son colonel domicilié à 5 lieues de Stockholm. Je le lui défendis toutefois comme assez dangereux, et le priai au contraire de se tenir tranquille et de ne pas quitter la chambre. A part un minime degré de faiblesse et des mictions un peu plus fréquentes, rien d'extraordinaire ne fut remarqué durant les 2 premiers jours; dès le 3:ème jour, il se déclara par contre un frisson assez violent, suivi de transpiration; la langue se chargea, l'appétit disparut, et

Dans le but louable de détourner de la lithotritie le reproche injuste d'avoir seule provoqué l'issue fatale de ces accidents, on dit: "Si nous soupçonnons une

le patient commença à ressentir des douleurs volantes aux cuisses, à l'articulation de l'orteil et à la région lombaire. J'ordonnai maintenant, après un laxatif, le salmiac, la rhubarbe, des lavements d'eau et la ceinture de Neptune.

Le frisson ne revint plus, et au bout de quelques jours, grace à l'emploi de l'acide phosphorique et de boissons mucilagineuses, le patient commença visiblement à se remettre; mais la faiblesse et le manque d'appétit ne disparurent cependant pas entièrement. Voulant fournir au patient l'occasion de prendre l'air et de regagner ses forces, je lui permis, le samedi 19 et le dimanche 20, de faire à titre d'essai une petite promenade chez un de ses parents domicilié dans le voisinage. Le lundi 21, il se plaignit de nouveau d'un frisson violent, et avoua qu'il s'était probablement refroidi l'un des jours précédents, vu que malgré ma prescription de s'habiller chaudement, il avait employé lors de sa promenade un surtout assez mince au lieu de prendre une pelisse. Ce frisson n'étant pas suivi de transpiration et se renouvelant en outre le même jour au soir, je commençai à en soupçonner la nature pernicieuse, et priai par conséquent M. le Dr *Böttiger* de m'accompagner chez le patient. D'après les conseils de mon collègue, j'administrai immédiatement,sous forme de pilules,d'assez grandes doses de quinine et de morphine, et continuai ce traitement plusieurs jours. Le pouls était maintenant faible, assez rapide, la langue très-chargée; hoquet et rots après chaque tentative de consommer quelque chose de liquide; enfin des vomissements d'une glaire épaisse commençaient aussi à se déclarer. Les fébrifuges administrés ne purent couper immédiatement les accès de frisson, qui venaient souvent deux fois par jour; mais enfin nous réussîmes par le traitement sus-dit appuyé de l'emploi d'émulsion hydrocyanique contre l'irritation du ventricule, à arrêter les accès qui cessèrent entièrement durant 8 jours; la fièvre lente, les vomissements glaireux, le hoquet et le manque d'appétit continuèrent toutefois sans interruption.

Le 3 février, le frisson revint; le malade commença à jaunir sur toute la peau, la secrétion d'urine cessa entièrement, de sorte que durant 5 fois 24 heures je n'en pus obtenir qu'un demi-litre par le cathétérisme. Je dois toutefois noter que durant les 3 derniers jours, l'urine recommença de s'écouler par petites quantités, mais rouge, saturée et visqueuse. Un délire mou compliqué de crocidisme survint maintenant, et dégénéra peu à peu en une stupeur qui dura jusqu'au 12 février, jour auquel le patient décéda tranquillement, tout juste 5 semaines après l'exploration.

A l'autopsie, qui fut faite par M. le prof. *de Düben* en présence de M. *Böttiger* et de moi, nous trouvâmes la prostate assez grande et l'orifice intérieur de l'urètre muni d'une valvule prostatique de la grosseur d'un petit pois; la vessie était légèrement trabeculée, sa muqueuse marquée à un endroit d'une tache livide de la grosseur d'un écu de 6 livres, mais sans traces d'inflammation ni d'ulcération; dans sa cavité se trouvaient 23 pierres, les unes de la grosseur de petites fèves, les autres de la forme et de la grandeur de faînes, avec facettes occasionnées par leur frottement les unes contre les autres. Elles consistaient d'acide urique. Dans l'urétère droit, immédiatement avant son embouchure dans la vessie, se trouvait une pierre entièrement semblable aux précé-

affection plus profonde, notre devoir est de chercher à la découvrir par l'examen le plus minutieux, et en cas de constatation, d'éviter toute mesure violente." On ajoute: "Si la pierre est grande, si elle a passé déjà plusieurs années dans la vessie, si le mal est accompagné de besoins fréquents d'uriner, d'une irritation grande, de douleurs considérables, d'écoulement abondant de mucus et d'un malaise général, on a dans toutes ces circonstances des contre-indications assez claires pour vous empêcher de hasarder une opération sous quelque prétexte que ce soit; qu'enfin, si le chirurgien échoue dans un tel cas, c'est sur lui et non sur la méthode que l'on en doit rejeter la faute." A cela je répondrai: il arrive cependant de temps en temps des cas, (dont je puis augmenter le nombre d'un exemple, celui du N:o 61), où tous les symptomes décrits plus haut

dentes, et qui avait sans nul doute arrêté l'écoulement de l'urine. L'autre urétère était vide. Les reins mous, lardés çà et là de petits cystes de la grosseur d'une lentille. Dans celui de droite, deux petites concrétions d'acide urique. Le foie cassant, de même que la rate. Les poumons gorgés do sang à leurs parties postérieures. Le coeur mince et mou au plus haut point.

J'ai cru qu'il était utile de relater ce cas, d'autant plus que nous avons ici de nouveau sous les yeux un de ces exemples malheureusement assez fréquents d'un sujet qui par suite "d'affection organique intérieure" (surtout des reins), "d'irritation constitutionnelle", "d'humeurs malsaines", etc., est tellement sensible à la moindre manoeuvre opératoire réveillant le mal assoupi, que les suites par là provoquées amènent une mort inévitable.

La cause efficiente fut ici, comme nous l'avons vu, une seule exploration légère, assez violente toutefois dans les circonstances présentes pour rappeler à une activité nouvelle les affections chroniques des reins et des autres organes, pour faire naître ainsi une pyo-urémie laquelle conduisit en peu de temps le patient au tombeau. Il est probable que le refroidissement nommé plus haut a quelque peu contribué à ce résultat, lequel cependant aurait, je le crois du moins, été le même en tout cas.

La communication de M. *Swalin* donna naissance à une discussion assez longue à laquelle prirent part plusieurs membres de la Société.

M. *Swalin* mentionna en dernier lieu qu'il venait de délivrer, après 12 séances, un vieillard de 81 ans, *Mr le Comte de S.*, d'un calcul vésical de grandes dimensions. Une fièvre légère ne s'était déclarée qu'après la dernière séance. *M. de S.* est maintenant totalement délivré de sa pierre, mais souffre de *dysphagie spasmodique.*"

se présentent à un haut degré, où l'on croit devoir désespérer de l'issue, mais où l'opération est couronnée néanmoins du succès le plus inattendu, justement parce que les reins n'ont pas encore eu le temps d'être plus gravement attaqués.

De tout ceci résulte, ce me semble, qu'aussi longtemps que nos ressources à l'égard du diagnostic des maladies des reins seront aussi imparfaites que jusqu'ici; qu'aussi longtemps qu'elles ne seront pas assez perfectionnées pour nous permettre de déterminer le *degré* plus ou moins grand de souffrance de cet organe, (circonstance de laquelle dépend justement le danger proportionnel de l'opération), nous serons forcés d'avouer que nous manquons de guide sûr dans notre jugement sur ces cas obscurs, et que, par conséquent, en présence d'un tel état de choses, nous serons dans la nécessité d'agir plutôt à l'aventure que d'après des indications clairement comprises. (Voir encore le cas 61).

9:o. *Ulcérations de la vessie.*

Je n'en ai jamais vu qui fussent causées par les instruments lithontriptiques; j'en ai seulement observé 2 cas (N:o 2 et 39) résultants de la longue irritation causée par la pierre sur la muqueuse vésicale.

10:o. *Violence exercée sur l'urètre et sur le col de la vessie.*

Voir les cas 41 et 49, et ci-dessous: arrêt de fragments de pierre dans l'urètre.

11:o. *Infiltration d'urine et abcès, par suite de la lésion de la muqueuse de l'urètre.*

Ces cas ne sont jamais survenus dans ma pratique,

comme suites de la lithotritie, lors même que l'urètre eût été assez maltraité par l'extraction de la pierre.

12:o. *Pincement et perforation de la vessie.*

L'on peut, à cet égard-ci, supposer avec assez de raison qu'un accident pareil a été possible dans la première enfance de la lithotritie; maintenant il ne peut avoir lieu que par une maladresse et une négligence excessives. Le pincement de la muqueuse vésicale peut sans doute arriver à une main peu exercée, mais ne doit jamais avoir lieu si l'on procède avec toute la prudence convenable. Au reste, dût-il même arriver, ce n'est pas sur la méthode qu'il en faut rejeter la faute.

13:o. *Rupture ou courbure des instruments dans la vessie.*

Ces accidents redoutés et vraiment redoutables ont eu effectivement lieu de temps à autre dans la lithotritie; mais les renseignements obtenus à cet égard ont, pour des causes faciles à comprendre, été soit incomplets, soit ornés d'exagérations par lesquelles la jalousie et la malveillance n'ont pas manqué d'outrer ce qu'il y a de terrible dans des cas de ce genre, où le plus grand sang-froid, la plus grande présence d'esprit sont de rigueur de la part du chirurgien. Il est difficile de trouver entre tous les désagréments auxquels ce dernier peut avoir à faire face, un équivalent à l'impossibilité de fermer et par conséquent de retirer un percuteur dont les branches ont été courbées ou sont sorties de leur position normale sous l'influence d'une pression violente. Je n'ai heureusement jamais été témoin de quelque chose de semblable; mais ayant effectivement une fois, par manque de précaution, eu le mal-

heur de briser le bout vésical de la branche masculine de l'instrument à son point le plus faible, c'est-à-dire à l'angle, et ces accidents étant soit excessivement rares, soit trop remarquables pour être dévolus à l'oubli, j'ai, comme avertissement à l'adresse des lithotriteurs, communiqué cet accident sous le cas N:o 36, auquel je renvoie le lecteur.

14:o. *Autres accidents de différentes catégories.*

a) *Infiltration du prépuce*: aucun cas.

b) *Inflammation et enflure de la glande du penis.* Un cas (N:o 45). Autour de l'orifice de l'urètre et dans l'orifice même se déclara une enflure œdémateuse compliquée de douleur à la miction. Cette affection disparut sans doute après l'application durant quelques jours de compresses humides; mais le malade qui souffrait en outre d'affections organiques intérieures, mourut au bout de quelques semaines.

c) *Orchite.*

Je ne l'ai remarquée que dans 3 cas. Elle fut bénigne dans 2 (N:os 43 et 53), et disparut en 15 jours, grace à l'emploi des remèdes ordinaires; dans le 3:ème, par contre (N:o 30), il se déclara après la 5:ème séance, et avec complication de fièvre, une orchite très-sérieuse, laquelle fondit malgré un traitement approprié; la masse entière du testicule dut être vidée. L'opération quoique interrompue durant pas moins de 2 mois par cet accident, eut toutefois une heureuse issue.

d) *Engorgement de la prostate.*

Je n'en ai pas vu d'exemple.

e) *Eruptions et taches* sembables au scorbut.

Aucun exemple non plus, quoique quelques auteurs en parlent.

f) *Œdème aux jambes.*

Un seul exemple (N:o 44), et cela avec:

g) *Souffrances et abcès dans les articulations, et douleurs accompagnées de dépots purulents entre les muscles.*

Deux cas de ce genre, tous deux suivis de décès, se sont présentés dans ma pratique. L'un (N:o 44), grande tumeur sous la fascia lata; le 2:ème (N:o 58), douleur, tuméfaction et carie dans l'articulation d'un orteil.

15:o. *Réaction:*

a) *Sur le tube intestinal.* Je n'ai observé qu'une fois (N:o 44) quelquechose de semblable, compliqué de grands abcès à la cuisse et se manifestant sous la forme de vomissements très-tenaces d'une glaire abondante et compacte. L'autopsie n'ayant pas été permise, je n'eus malheureusement pas l'occasion d'inspecter le ventricule et les intestins.

b) *Sur le cerveau.* 3 cas. Dans le 1:er, N:o 43, un délire violent survint après la 2:ème séance. Il ne montra toutefois aucun caractère dangereux, et céda à un traitement rafraîchissant. Le patient guérit.

Les 2 autres cas (57 et 58) furent mortels. L'autopsie montra dans le 1:er une extravasation de sang répandue sur presque tout l'hémisphère gauche du cerveau; dans le 2:d, elle fit découvrir des membranes cérébrales épaissies, suites d'une arachnite chronique ancienne, et, entre elles, une exsudation séro-purulente. Ces deux patients moururent dans le courant d'une même semaine, en février 1855. Le froid violent qui régnait alors et auquel

ils s'étaient exposés, ne fut peut-être pas sans influence sur l'issue fatale de ces cas.

c) *Sur les poumons.*

Aucun cas de ce genre ne s'est présenté chez des personnes douées de poumons sains. Dans le cas N:o 60 le catarrhe pulmonaire empira sans doute *pendant* l'opération, mais non comme *suite directe.*

16:o. *Fragments de pierre arrêtés dans une partie quelconque de l'urètre.*

Ce désagrément est à coup sûr un de ceux que les adversaires de la lithotritie ont cru pouvoir avec le plus de raison employer comme une objection importante contre la méthode. Quelle personne, au reste, jugeant *a priori* de la question, ne se sentirait pas portée à la mettre au nombre des difficultés les plus désastreuses pour l'issue de l'opération? Eh bien, ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que ce n'est nullement le cas dans la pratique. Nombre de lithotriteurs sont d'accord à dire qu'un cas semblable est vraiment plus rare qu'on ne le pense en général; et quant à moi, j'ai trouvé ce fait tellement constaté, qu'autant que je puis fonder mon jugement sur ma propre expérience, je serais porté à ne ranger cet accident si redouté ni parmi les plus communs ni parmi les plus dangereux. Quoiqu'un heureux hasard ait sans doute pu faire que de tels cas aient été si rares pour moi, je crois toutefois pouvoir recommander comme le moyen principal de les prévenir, les séances *courtes*, dont l'influence est si heureuse non seulement à cet égard-ci, mais dans toute l'opération lithotritique en général.

Les cas où des fragments de pierre s'amassent contre

le col de la vessie ou à la partie postérieure prostatique, surtout après l'une des premières séances, sont en général d'un caractère si bénin, et sont si facilement éliminés par l'introduction d'une sonde épaisse, qu'ils méritent à peine d'être mentionnés. On sait parfaitement bien que de grands fragments peuvent s'arrêter dans cet endroit, et même qu'ils sont capables de tourmenter beaucoup le patient et le chirurgien; mais pour mon compte, je n'y ai jamais été exposé. Une seule fois (N:o 34) j'ai vu des fragments arrêtés dans la fosse naviculaire dont ils furent toutefois tirés sans peine avec une sonde ordinaire. Entre 49 cas de broiement, le N:o 41 est *le seul* où un grand fragment se soit arrêté dans l'urètre derrière le scrotum; mais il fut enfin heureusement extrait, non sans m'avoir causé cependant beaucoup de souci. Comme, en outre, ce cas n'eut pas lieu chez un adulte mais chez un enfant de 13 ans, cette circonstance peut avec toute raison autoriser à l'assertion émise plus haut, que des cas semblables ne sont pas parmi les plus communs. Un autre cas qui sous quelques rapports peut se référer à celui-ci, est celui N:o 49. Ici la difficulté provenait de ce que de grands fragments, saisis par le percuteur, se trouvaient placés en saillie autour des bords de la cuiller, et empêchaient par conséquent l'extraction de l'instrument. Je renvoie au reste le lecteur à ces 2 cas, N:os 41 et 49. Lorsqu'il les aura parcourus, voyant que je fus forcé d'employer une telle violence sur l'urètre, et que néanmoins les suites furent non seulement peu dangereuses mais encore et pour ainsi dire nulles, il ne manquera sans doute pas, malgré cela, de se dire en hochant la tête: "cela ne prouve

qu'un bonheur extraordinaire, donc: *observandum, at non imitandum.*»

Je ne disconviendrai pas sans doute que la fortune ne vienne parfois en aide aux audacieux; je ne soutiendrai pas non plus qu'une lésion profonde de l'urètre avec toutes ses suites, ne *puisse* pas être provoquée par cet acte, et je conseillerai encore moins un procédé brutal et étourdi. J'ai seulement voulu indiquer les résultats de mon expérience, laissant agir chacun d'après ses convictions. Toutefois, me rappelant plusieurs cas que je n'ai pas traités moi-même, mais que j'ai vus de mes propres yeux, où des pierres arrêtées dans la partie spongieuse de l'urètre ont dû être enlevées par le bistouri, me rappelant surtout les tristes suites de ce traitement, fistules difficiles à guérir, malaise général, etc., je me trouve plutôt disposé à conseiller, presque coûte que coûte, de chercher à enlever immédiatement la pierre par une manoeuvre audacieuse, plutôt que de se tailler, en temporisant, de l'ouvrage qui ne sera pas des plus agréables.

17:o. *Prétendue difficulté d'enlever lors de l'opération chaque fragment de pierre de la vessie; et récidives fréquentes que l'on soutient en être la suite.*

Afin de pouvoir décider d'une manière précise jusqu'à quel point les récidives après la méthode lithontriptique sont aussi fréquentes qu'on l'a voulu supposer, il faut nécessairement établir une différence entre les diverses espèces de récidive, d'autant plus que quelques-unes se trouvent, suivant la nature des choses, tout aussi fréquentes après la lithotomie. Personne ne niera que, quelque méthode que l'on emploie, une nouvelle concrétion ne puisse descendre des

reins et former ensuite dans la vessie le noyau d'une pierre nouvelle; à qui donc pourra-t-il venir à l'idée de mettre une récidive de ce genre sur le compte de la méthode?

En parcourant tous les cas référés ci-dessus, nous trouvons que le nombre de ceux avec récidive a été de 4, savoir les N:os 14, 20, 33 et 51, et que la récidive a eu lieu jusqu'à 6 et même 8 ans après l'opération.

Chacun sait que dans une vessie affectée de catarrhe chronique il se forme continuellement dans quelques cas de nouvelles concrétions de phosphates, et que, pour cette cause, les récidives sont fort communes sans que l'opération y ait le moins du monde contribué. J'ai eu à traiter 3 cas de ce genre dans lesquels j'ai dû enlever de temps à autre le mortier nouvellement formé. Ce sont ceux N:os 48, 52 et 61.

Il arrive aussi parfois que l'opération doit être réitérée peu de temps après, c'est-à-dire un ou deux mois ou peut-être une année, parce que le sujet n'a pas eu la patience d'attendre le broiement des derniers fragments, mais a interrompu l'opération contre l'avis du médecin, et s'en est retourné trop tôt dans ses foyers. J'ai eu affaire à 3 cas de ce genre (N:os 14, 18 et 24), lesquels ne méritent sous aucun rapport le nom de récidives.

Restent enfin ces cas où le médecin a lui-même cru l'opération terminée, a déclaré le patient délivré de la pierre, et où des fragments de pierre sont néanmoins restés *à son insu* dans la vessie, et ont provoqué une récidive. De ces cas, les seuls que l'on puisse mettre sur le compte de la lithotritie, je n'en ai sur les 42 que 2 uniques (par conséquent $4\frac{16}{21}$ %) où il y ait eu vraiment récidive, savoir

ceux N:os 27 et 47. Je dois avouer sincèrement que le patient N:o 47 n'ayant eu après l'opération aucun sentiment de colique calculeuse dans les reins, la cause de la récidive presque immédiate peut avec une certaine probabilité être cherchée ici dans l'oubli de quelque fragment caché dans un recoin de la vessie fort spacieuse, légèrement atonique et peut-être munie de poches. Ce cas, et celui N:o 27, où des phosphates s'étaient déposés autour d'un noyau triangulaire d'acide urique, sont les seuls de ma pratique où je serais disposé à concéder qu'il y a eu récidive pour la cause nommée plus haut. Aucun de ces cas ne présente toutefois la pleine certitude du fait.

La récidive ne peut en règle générale avoir lieu dès que le chirurgien fait l'exploration finale avec l'exactitude convenable; si donc elle se présente, c'est le chirurgien, et non la méthode, que l'on en doit accuser. Il faut toutefois reconnaître l'existence de cas exceptionnels où certaines circonstances contribuent en quelque sorte à rendre assez pardonnable la faute commise par le médecin. Je nommerai entr'autres la construction de la vessie, sa capacité considérable combinée avec son atonie, ou avec des poches qui s'y trouvent peut-être, et dans lesquelles les plus petites concrétions ont facilement pu se cacher. Ces cas sont toutefois très-rares, et la difficulté si souvent mentionnée de découvrir les derniers fragments de pierre, *est*, en réalité, *bien loin* de posséder l'importance qu'on s'est plu à lui donner. Si l'on fait, dans des positions diverses, des explorations réitérées avec la sonde de *Mercier*, mais pardessus tout avec le percuteur lui-même, et cela tant à vessie vide qu'à vessie pleine; si l'on s'aide en même temps

de l'ouïe et du toucher; qu'enfin, après l'injection de l'eau, on la fasse s'écouler par une sonde fiue et élastique que l'on promène dans le col de la vessie, ou découvrira sans difficulté, dans la majorité des cas, même uue concrétion très-petite, surtout si elle est déjà assez grande pour ne pouvoir sortir d'elle-même par l'urètre.

Ou pourrait au reste dans un pareil cas de récidive, se fonder, à titre de consolation tant pour le médecin que pour le patient, sur l'incontestable vérité que, quelque désagréable que soit cet accident, la récidive en elle-même, si justement redoutée après l'opération *lithotomique*, n'est comparativement plus qu'une bagatelle depuis la découverte de la lithotritie. Le patient qui a pu constater par les premières séances, combien l'opération est facile, ne craint pas de faire connaître immédiatement son état, cherche sans tarder et reçoit après une ou deux séances un secours auquel, au temps où la lithotomie était la seule méthode, il aurait cherché le plus longtemps possible à se soustraire.

Si nous jeton smaintenant un coup d'oeil rétrospectif sur l'importance plus ou moins grande de tous les faits que nous venons de passer en revue, uous sommes forcés, autant que notre expérience restreinte d'aujord'hui nous autorise à porter un jugement, de reconnaître qu'un fort petit nombre des objections présentées ou des prétendus périls méritent l'importance que plusieurs ont voulu leur donner; que plusieurs de ces objections et de ces périls dépendent largement de l'habileté plus ou moins grande du chirurgien. Nous dirons enfin que les vrais récifs contre lesquels la lithontriptie court risque d'échouer, sont ces affections chroniques inté-

rieures, impossibles à découvrir, soit dans les voies urinaires elles-mêmes et surtout dans les reins, soit enfin dans d'autres organes importants, tels que le foie, le cerveau, etc. Ces affections réveillées pour ainsi dire de leur assoupissement par les manoeuvres opératoires, reprennent une vigueur nouvelle, et, à quelques exceptions près, amènent rapidement une issue fatale. Toutefois, dès qu'il est question de patients chez lesquels des destructions semblables ont déjà eu le temps de se développer, ce même résultat appartenant aussi, comme l'expérience le prouve, à d'autres opérations que la lithotritie, on ne peut sans injustice rejeter sur elle seule une faute qu'elle partage avec toute autre opération de la même importance.

Mon but n'est pas maintenant de rechercher les indications et contre-indications, valables d'un côté pour la lithotomie, de l'autre pour la lithotritie. Je ne reprendrai pas non plus la vieille question de supériorité entre les deux méthodes. L'expérience fragmentaire, incomplète, que j'ai acquise, ne pourrait en aucune manière contribuer à la solution d'une question si grosse de luttes et de débats violents de médecin à médecin, de corporation à corporation. L'impossibilité de donner une réponse *générale* à cette question gît dans sa nature même: la décision en dépend d'une masse de circonstances spéciales, impossibles à résumer en règles générales. Aussi le choix de la méthode dans chaque cas spécial continuera-t-il à dépendre, comme

il l'a fait jusqu'ici, de «l'individualisation» basée par le chirurgien sur la diversité des circonstances. Le chirurgien ne peut déterminer la méthode curative convenable à un cas donné, sans prendre en mûre considération l'âge, la constitution, la santé générale du patient, la dureté, la grandeur et la composition chimique de la pierre ou des pierres. Aucun expert ne niera au surplus qu'il n'y ait des cas où le chirurgien se trouverait fort embarrassé, sinon sans ressources, s'il ne s'était appliqué qu'à *l'une* des méthodes. Le chirurgien a-t-il choisi le traitement des affections calculeuses pour son champ plus spécial d'activité, il lui sera d'autant plus nécessaire de posséder une connaissance complète des détails relatifs à toutes les deux. Cela n'empêche toutefois pas que, soit par plus d'aptitude, soit par suite d'un champ plus vaste de pratique, il ne se sente plus spécialement attiré vers l'une d'elle, et ne ressente involontairement ou volontairement une certaine tendance à devenir exclusif.

La raison de cet exclusivisme ne doit cependant, comme nous le verrons, pas être mise entièrement sur le compte de l'homme de l'art. Tandis que les savants débattent la valeur relative des deux méthodes, toute personne intéressée à la question, mais impartiale, s'aperçoit que pendant ces luttes le public calculeux l'a décidée à sa manière. Celui-ci semble pour ainsi dire vouloir devancer le jugement des médecins pratiques et paraît, s'inspirant de l'instinct de sa conservation ou de tout autre motif, décider définitivement et sans appel la question en faveur de la lithotritie. Il lie le médecin par la réponse catégorique, que quant à lui, il ne veut, il ne permet *que la lithotritie*. Je ne parle na-

turellement pas ici de la pratique des hôpitaux, dans laquelle la latitude d'application d'indications déterminées est peut-être un peu plus grande; je m'en tiens simplement à la pratique privée, à laquelle ont appartenu la plupart de mes patients. Or quant à ceux-ci, je puis assurer en toute vérité qu'à peu d'exceptions près, toute puissance de persuasion a été inutile; qu'à peine un seul eût consenti de plein gré à l'opération, si je n'avais eu à proposer que la lithotomie. Ils considéraient généralement le péril mortel de cette méthode comme tellement hors de doute, qu'ils eussent à tout prendre préféré garder la pierre. La lithotritie, par contre, leur paraissait en comparaison infiniment moins cruelle, moins répugnante, et gagnait immédiatement leur confiance. Sous l'empire de telles circonstances, le médecin n'a pas le droit d'option: il est forcé d'accéder aux désirs du patient, ou de l'abandonner à son sort. Et qui reprocherait au malade ce penchant prononcé pour la méthode? Quel médecin n'agirait pas de même dans une circonstance semblable?

Gain immense que de pouvoir, sans opération tachée de sang, ni danger imminent pour la vie, se débarrasser du mal par une voie naturelle, en comparaison de la lithotomie sanglante, plus douloureuse, et surtout plus dangereuse! De quelle valeur secondaire n'apparaissent pas alors en présence de ce fait, la longueur du temps, la répétition fréquente des séances, et tous ces autres périls évoqués pour effrayer les timides? Il y a une grande vérité dans ce que Mr *Skey* (l. c. p. 44) dit si bien: «Nous nous soumettons à une quantité de désagréments positifs,

plutôt qu'à un *seul* danger, et marchons l'humeur joyeuse à la rencontre de bien des *petites* douleurs, si nous pouvons, par ce moyen, éloigner de nous le malheur réel d'une seule grande souffrance.»

On pourrait certainement répondre que puisque nous possédons maintenant le chloroforme, les douleurs n'ont presque plus de signification et doivent à peine être mises en compte. Mais pour être dans le vrai, les douleurs ne constituent pas la partie la plus effrayante de la lithotomie, puisqu'elles peuvent, comme nous l'avons vu, être allégées par les soporifiques. Il faut la rechercher dans d'autres phénomènes plus sérieux, dans l'hémorragie, dans l'inflammation, dans l'infiltration d'urine, et surtout dans ces affections qui restent les compagnes de toute la vie, telles que fistules permanentes, incontinence d'urine incurable, etc. Et vraiment ces suites sont assez graves pour que la méthode lithotomique, même depuis l'introduction du chloroforme, ne puisse pas, sinon à titre d'exceptionnelle, revendiquer de nombreux amis, de chauds partisans.

Avec ce nombre considérable d'alliés puissants, de calculeux qui ont passé déjà du côté de la lithotritie, et dont on ne peut nier le droit de prononcer en dernière instance; avec les renforts que fourniront peu à peu les hommes de l'art attaqués eux-mêmes de cette maladie, et dont, que je sache, aucun n'a pour son propre compte préféré la lithotomie; avec cette légion d'auxiliaires, en un mot, il semble que la lutte depuis si longtemps engagée sur la valeur des deux méthodes relativement à leur application générale, doive enfin se terminer à la longue au profit de la lithotritie. Il est difficile de prévoir le jour où ce

résultat sera atteint; et il ne le sera sans doute que lorsque la mort aura moissonné les quelques chirurgiens encore vivants, élevés dans la pratique de la lithotomie et y tenant par une prédilection du reste fort naturelle. Il ne sera gagné non plus que lorsque les patients eux-mêmes, sevrés de cette frayeur encore si générale pour tout ce qui s'appelle opération calculeuse, viendront chercher à temps un remède à leurs douleurs. Le médecin recevra dès-lors la plupart des calculeux dans des circonstances favorables. les pierres auront des dimensions exiguës, et les résultats de l'opération seront nécessairement plus avantageux que ce n'a été le cas jusqu'ici.

L'on pourrait déjà considérer la lithotritie en fort bon chemin d'acquérir une sphère d'application très-grande, car l'on peut, sans crainte de se tromper, tenir pour sûr que chez nous, et comme je l'espère, à quelqnes exceptions près (1), dans la plupart des autres pays, il ne se trouve pas maintenant de jeune chirurgien connaissant les deux méthodes et libre d'opinions préconçues, qui pense à employer la lithotomie avant de se croire, ensuite d'une mûre considération des indications et contre-indications, privé de tout espoir d'employer la lithotritie avec chance de réussite.

Ce doit être désormais, du moins, le devoir de tout médecin s'occupant plus spécialement des opérations cal-

(1) La méthode lithotritique datant déjà de près de trois décennies et ayant en général réussi à acquérir une confiance grande et bien méritée, l'on a vraiment cause de s'étonner en apprenant qu'en Angleterre elle n'a été jusq'ici que l'objet d'une attention superficielle. Voir la brochure citée plus haut de Mr *Skey*, publiée en 1854. Il dit spécialement à l'avant-propos: "Many years will yet pass away before the operation of lithotrity will become universally established in this country — the rule of treatment, not the exception"

euleuses, de se perfectionner dans l'application de la lithotritie, et de travailler à étendre, autant qu'il dépendra de lui, la sphère de cette application. Qu'il ne néglige pas cependant l'étude de la lithotomie! On ne pourra jamais sans doute s'en passer entièrement, et ce sera la dernière ressource dans plus d'un cas. Mais le médecin doit chercher, au nom de l'humanité et de la science médicale, à en restreindre, autant qu'il dépend de lui, l'emploi à la plus petite sphère possible.